



## AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



Master 2

« Santé publique et environnement »

Spécialité :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2013-2014

ORIENTATION DES PATIENTS PRECAIRES VERS LA  
MEDECINE DE VILLE.

**Création d'un réseau de médecins partenaires à  
Médecins du Monde à Lyon.**

Soutenu en juin 2014

Madame Yohanna Depierre

Maître de stage :

Madame Aurélie Neveu

Guidant universitaire :

Docteur Isabelle Millot

# REMERCIEMENTS

Au Docteur Isabelle Millot pour votre soutien méthodologique,

A Aurélie pour ton accompagnement et ta disponibilité tout au long de ce stage,

A Jean F pour avoir initié ce projet,

A notre groupe de travail : Anick, Jean A, Monique, Odile et Paul, pour votre réactivité et vos encouragements,

A l'ensemble des salariés : Brigitte, Christian, Clotilde, Emilie, Ghazal, Isabel, Paola, Roxana, Sylvie pour nos précieux échanges,

A Lydie pour ton aide précieuse avec ces centaines d'enveloppes et tes pots de confiture,

A l'ensemble des bénévoles que j'ai eu la chance de rencontrer pendant ce stage, pour votre Accueil avec un grand « A »,

A Myriam et Julie, mes acolytes du fond du couloir.

<b>Acronymes</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>1 – Contexte</b>	<b>7</b>
1.1 – Contexte d'action de Médecins du Monde en France	7
1.1.1 – Précarité : définition et état des lieux en France	7
1.1.2 – La Mission France de Médecins du Monde	7
1.1.3 – Santé et précarité	7
1.2 – Obstacles dans l'accès à la santé dans le contexte lyonnais	8
1.2.1 – Inégalités sociales et territoriales de santé	8
1.2.2 – Le non-recours aux droits sociaux	8
1.2.3 – Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité	8
1.3 – Les missions de Médecins du Monde à Lyon	9
1.3.1 – Présentation	9
1.3.2 – Intérêt d'un groupe de travail sur l'orientation vers les médecins de ville	9
1.3.3 – Orientation vers les médecins de ville : quelles pratiques ?	10
1.4 – Objectifs du projet	10
<b>2 – Méthode</b>	<b>11</b>
2.1 – Cadre d'action	11
2.1.1 – Equipe projet	11
2.1.2 – Population cible	11
2.1.3 – Calendrier	11
2.2 – Initialisation du projet	12
2.2.1 – Analyse du contexte du projet	12
2.2.2 – Mobilisation d'acteurs d'autres délégations	12
2.2.3 – Réalisation d'une enquête qualitative	12
<b>3 – Résultats</b>	<b>14</b>
3.1 – Initialisation du projet	14
3.1.1 – Analyse du contexte	14
3.1.2 – Mobilisation d'acteurs d'autres délégations	14
3.1.3 – Principaux résultats de l'enquête qualitative	14
3.2 – Création du partenariat avec les médecins généralistes de ville	15
3.2.1 – Ciblage des partenaires potentiels	15
3.2.2 – Définition du partenariat proposé	15
3.2.3 – Elaboration du moyen de contact des partenaires potentiels	16
3.2.4 – Réalisation et bilan d'une « phase-test »	16

3.2.5 –	Diffusion de la méthode et résultats obtenus	17
3.2.6 –	Préparation d'une rencontre réunissant les partenaires	17
3.2.7 –	Elaboration d'un livret de soutien à la prise en charge des patients précaires	18
3.3 –	Création d'outils pour les équipes du CASO et de la mission squats	18
3.3.1 –	Elaboration d'une cartographie avec identification des partenaires	18
3.3.2 –	Diffusion aux équipes des squats	19
3.4 –	Elaboration d'un moyen de suivi des orientations	19
<b>4 –</b>	<b>Discussion</b>	<b>20</b>
4.1 –	La méthode	20
4.1.1 –	Du côté des usagers, une population cible difficile à quantifier	20
4.1.2 –	La qualité des entretiens réalisés	20
4.1.3 –	La prise en compte du vécu des usagers	21
4.2 –	Les résultats	21
4.2.1 –	La notion de temps : un critère clé à prendre en compte	21
4.2.2 –	Un taux de réponse inattendu à la proposition de partenariat	22
4.2.3 –	L'attractivité du partenariat pour le médecin de ville	23
4.2.4 –	La particularité des ressources humaines mobilisées	23
4.2.5 –	La création d'outils	24
4.3 –	Quelles perspectives ?	25
4.3.1 –	Suite du projet	25
4.3.2 –	Extension du projet	25
4.3.3 –	Donner plus de moyens aux médecins généralistes pour prendre en charge les populations précaires	26
	<b>Index des tables</b>	<b>27</b>
	<b>Bibliographie</b>	<b>28</b>
	<b>Annexes</b>	<b>I</b>
1.	<b>Chronogramme correspondant à la période de stage</b>	<b>I</b>
2.	<b>Trames d'entretien</b>	<b>II</b>
3.	<b>Lettre-type à destination des partenaires potentiels</b>	<b>IV</b>
4.	<b>Exemple d'outils réalisé : carte des médecins de ville</b>	<b>V</b>

## **ACRONYMES**

ALD : Affection longue durée

AME : Aide médicale d'Etat

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

CMU-b : Couverture maladie universelle de base

CMU-c : Couverture maladie universelle complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

MdM : Médecins du Monde

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

## INTRODUCTION

La précarité est définie par Wresinski comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux." (1) En 2011, 8,7 millions de personnes vivaient en dessous du seuil de pauvreté monétaire fixé à 60% du niveau de vie médian (2) et 3,5 millions de personnes sont non ou très mal logées, plus de 5 millions en situation de fragilité à court ou moyen terme dans leur logement. (3)

La situation de pauvreté a un impact direct sur l'état de santé. Le lien entre la santé des individus et divers indicateurs de leur position sociale explique le développement des inégalités sociales de santé. (4) Ce sont les populations les plus défavorisées et les plus précaires qui rencontrent le plus d'obstacles à l'accès aux soins comme le montrent l'importance du non-recours et la persistance des refus de soins. (5, 6)

A travers ses missions en France, Médecins du Monde a pour objectifs d'accueillir et de soigner les personnes exclues du système de soin à travers 20 Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO), 44 800 consultations par an, 63 actions mobiles. L'activité de soin et d'orientation des CASO vise à soigner les populations vulnérables. Ils ont un rôle de passerelle, primordial, vers le système de droit commun. (5)

Un groupe de travail s'est constitué au sein des équipes du Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Lyon afin de mener une réflexion sur les difficultés de prises en charge des patients précaires par les médecins de ville et sur la manière de pouvoir les dépasser afin de pouvoir travailler en collaboration.

D'une part, l'augmentation de la file active au Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) de 34% depuis 2010 est corrélée à un refus régulier de patients. Certains patients reviennent en moyenne 2,25 fois sur l'année et 12,5% d'entre eux (soit 410 personnes/an) ont une couverture sociale. Ils pourraient théoriquement être orientés vers le droit commun. L'orientation et l'accompagnement des usagers concernés vers le système de santé de droit commun est un premier pas vers une insertion plus générale, elle permet également de limiter le risque d'instaurer une médecine spécifique des plus démunis.

Au vu de ce contexte et à la demande du groupe de travail, il est nécessaire de s'interroger sur la manière d'améliorer l'orientation des usagers de Médecins du Monde à Lyon vers le droit commun et notamment vers les médecins libéraux. Les premières réunions du groupe de travail ont conclu à l'utilité de créer un réseau de médecins partenaires à l'association sur l'agglomération lyonnaise.

Nos objectifs opérationnels durant ce stage étaient de co-animer le groupe de travail, définir et mettre en œuvre le plan d'action décidé avec le groupe de travail afin de créer un réseau de médecins libéraux partenaires sur l'agglomération lyonnaise, créer des outils facilitant l'orientation vers les médecins libéraux pour les équipes puis créer des outils afin de réaliser le suivi de ces orientations.

## 1 - Contexte

### 1.1 - *Contexte d'action de Médecins du Monde en France*

#### 1.1.1 - **Précarité : définition et état des lieux en France**

Le père Joseph Wresinski, fondateur du Mouvement des Droits de l'Homme ATD Quart Monde définit la **précarité** dans son rapport au Conseil économique et social français en 1987. « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux." (1)

En 2011, 8,7 millions de personnes vivaient en dessous du seuil de **pauvreté monétaire** fixé à 60% du niveau de vie médian (977 euros par mois en 2011). (2) Dans son dernier rapport, la Fondation estime que 3,5 millions de personnes sont non ou très **mal logées**, plus de 5 millions en situation de fragilité à court ou moyen terme dans leur logement. (3) Le **chômage** est resté relativement stable en moyenne annuelle entre 2010 et 2011 mais on peut noter que le nombre de chômeurs pauvres augmente avec 38,9% de chômeurs en situation de pauvreté monétaire. (2) Fin 2011, 3,7 millions de personnes sont allocataires d'un **minimum social**, un nombre en hausse de 2,4% par rapport à 2010. (7)

#### 1.1.2 - **La Mission France de Médecins du Monde**

**Médecins du Monde**, association de solidarité internationale, a pour vocation d'aider, de soigner et de témoigner. Devant l'émergence d'une nouvelle pauvreté dans les années 1980, elle se tourne vers la France et développe un réseau de centres de santé et de services sociaux gratuits avec pour objectif d'accueillir et de soigner les personnes exclues du système de soin. Depuis 2008, le nombre d'usagers fréquentant les centres de soins est en augmentation et en 2013, près de 50 000 consultations ont été effectuées dans les 20 centres de soins en activité. Cette action auprès des populations vulnérables se décline également en actions mobiles de proximité qui s'adressent par exemple aux personnes à la rue en squats ou aux Roms. (8)

#### 1.1.3 - **Santé et précarité**

Le réseau associatif, dont Médecins du Monde, à force de lobbying, a été partie prenante dans l'élaboration de la loi de lutte contre les exclusions de juillet 1998, puis dans celle de 1999 qui a permis la mise en œuvre de la couverture maladie universelle. (9)

La loi de juillet 1998 stipule que « la lutte contre l'exclusion est un impératif national fondé sur le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ». (10) Son but est de garantir l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux, notamment dans la santé. Elle prévoit la mise en place de **Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)**, ainsi que des **Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)** dans les hôpitaux. La pertinence des PASS a été réaffirmée par le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013. (11)

Afin de généraliser la protection sociale, la loi du 27 juillet 1999 a permis la mise en œuvre de la **Couverture maladie universelle (CMU)**. (12) En 2012, près de 2,3 millions de personnes ont bénéficié de la CMU de base et plus de 4,5 millions de la CMU complémentaire. (13) Cette



même loi a instauré l'**Aide Médicale d'Etat (AME)** pour prendre en charge les étrangers en situation irrégulière présents depuis plus de 3 mois sur le territoire français. (14)

### **1.2 - Obstacles dans l'accès à la santé dans le contexte lyonnais**

#### **1.2.1 - Inégalités sociales et territoriales de santé**

Les **inégalités sociales de santé** concernent toute la population selon un gradient social : chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité et de morbidité moins élevé que la classe immédiatement inférieure et ainsi de suite jusqu'au bas de l'échelle. (4) L'Observatoire de la Santé des Lyonnais, pilotée par la ville de Lyon, montre dans son dernier rapport le lien entre deux indicateurs « états de santé » et « précarité économique ». Les zones où s'observent des taux élevés d'assurés sociaux disposant d'une affection longue durée (ALD) sont les semblables à ceux avec des taux élevés d'assurés sociaux bénéficiaires de la CMU-c.

Ce rapport témoigne aussi d'**inégalités de santé entre les territoires** lyonnais. Cela est notamment mis en évidence par la géographie très disparate des ALD à Lyon en 2011. Le taux d'ALD varie de 6 à 38% selon les zones étudiées. (15)

#### **1.2.2 - Le non-recours aux droits sociaux**

Le phénomène du non recours aux droits sociaux et de santé est devenu un **enjeu de société important**. Ce sont les personnes les plus défavorisées et les plus précaires qui rencontrent le plus d'obstacles, elles ne recourent que peu ou pas aux dispositifs auxquels elles ont droit. Sur la totalité des patients reçus en 2013 au CASO de Lyon, **87,2% avaient des droits** à une couverture médicale en France. Or seuls **12,5% avaient des droits déjà ouverts** en France. (5)

L'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) estime que le non recours s'explique rarement par un manque d'intérêt mais plutôt et même massivement par « un **manque d'information** sur les droits et la **complexité** de procédures parfois jugées non acceptables car trop contraignantes ou intrusives ». (16) Cela se reflète dans les principales barrières évoquées par les usagers du CASO de Lyon concernant l'accès aux droits : la méconnaissance des droits et des structures est le principal frein, viennent ensuite la barrière linguistique, puis les difficultés administratives et la peur de se déplacer. (5)

#### **1.2.3 - Les difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité**

Les **refus de soins** de la part des professionnels de santé sont une réalité établie depuis plusieurs années par de nombreuses enquêtes. Un testing réalisé en 2006 par Médecins du Monde portant sur les refus de soins par des médecins généralistes dans dix villes françaises montrait un taux de refus global de 37% pour les bénéficiaires de l'AME et de 10% pour les bénéficiaires de la CMU. (6) Les justifications régulièrement invoquées par les praticiens sont les contraintes administratives (délais ou rejets des remboursements), les désagréments économiques (perte financière, notamment pour les médecins exerçant en secteur 2) ou des motifs liés à la condition sociale des bénéficiaires et aux stéréotypes qui s'y rattachent. (13)

## **1.3 - Les missions de Médecins du Monde à Lyon**

### **1.3.1 - Présentation**

Dans l'agglomération lyonnaise, la mission de Médecins du Monde s'articule autour de :

– le **Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation** : il a comme objectif principal de soigner gratuitement les populations les plus vulnérables et de les orienter vers le système de droit commun après information et ouverture des droits à une couverture maladie. Il a un rôle de passerelle. En 2013, 3284 personnes différentes ont été reçues. On dénombreait 7806 passages pour notamment 4204 consultations de médecine générale et 1423 consultations sociales. Les usagers sont à 95,3% d'origine étrangère. Près de 90% des personnes reçues vivent en dessous du seuil de pauvreté et seuls 5,7% des usagers ont un logement personnel.

– la **mission squats et bidonvilles** : des équipes médico-sociales se déplacent sur les squats pour assurer un veille sanitaire, en orientant et accompagnant les personnes vers les structures adéquates. En 2013, ce sont 304 sorties qui ont été réalisées sur 21 sites différents pour 3320 contacts établis. Plus de 95% des personnes rencontrées sont de nationalité roumaine. Parmi les personnes rencontrées, 68% n'ont pas de couverture maladie soit parce qu'elles ne peuvent y prétendre, soit parce qu'elles n'ont pas fait valoir leur droits.

– la **mission bus** : le bus est un lieu d'accueil à « bas seuil » et inconditionnel où les personnes en situation de précarité, quelles qu'en soient les causes, peuvent venir trouver écoute, conseils, orientation et soins. En 2013, l'équipe a établi 5212 contacts avec 737 personnes différentes. L'année a été marquée par la présence plus importante de familles étrangères avec enfants. (5)

### **1.3.2 - Intérêt d'un groupe de travail sur l'orientation vers les médecins de ville**

Le travail en lien avec les médecins libéraux est d'autant plus légitime dans le contexte lyonnais actuel.

D'une part, l'**augmentation de la file active** au CASO (de 34% depuis 2010 et de 9% en un an) est corrélée à un refus régulier de patients (à titre d'exemple, 200 personnes ont été refusées en octobre 2013). Les patients reviennent en moyenne 2,25 fois sur l'année et **12,5%** d'entre eux (soit 410 personnes/an) **ont une couverture sociale**. Ils pourraient théoriquement être orientés vers le droit commun. L'orientation et l'accompagnement des usagers concernés vers le système de santé de droit commun est un premier pas vers une insertion plus générale, elle permet également de limiter le risque d'instaurer une médecine spécifique des plus démunis. Cela permet de garantir le « respect de l'égalité de tous les êtres humains » par « **l'égal accès de tous aux droits fondamentaux** » (10), en particulier le droit à la santé.

Le travail en collaboration avec les médecins de ville semble être une approche à développer. L'Observatoire de la Santé des Lyonnais indique que la densité médicale lyonnaise est supérieure à celle de France et qu'il n'y a pas de « déserts médicaux » à Lyon. (15) Un petit groupe de travail s'est constitué au sein des équipes du CASO fin mai 2013 afin de mener une réflexion sur les difficultés de prises en charge des patients précaires par les médecins de ville et sur la manière de pouvoir les dépasser afin de pouvoir travailler en collaboration. Les premières réunions du groupe de travail ont conclu à l'utilité de créer un réseau de médecins partenaires à l'association sur l'agglomération lyonnaise.

### **1.3.3 - Orientation vers les médecins de ville : quelles pratiques ?**

Le CASO est directement concerné par l'orientation, celle-ci étant énoncée comme l'un de ses objectifs. Le centre n'a pas vocation à assurer le suivi de ses usagers mais a un **rôle de passerelle**. Cet objectif a été réaffirmé lors du Séminaire CASO de 2012 organisé par le Groupe France de Médecins du Monde. (17)

Les orientations depuis le CASO se font selon la situation et les besoins du patient. Elle peut se faire dès l'accueil par le bénévole de la « régulation », c'est-à-dire un médical ou para médical chargé de faire une première évaluation de la personne (droits sociaux, urgence médicale), et/ou à partir des cabinets médicaux par le binôme médecin-infirmière. Le principal support utilisé est un « classeur d'orientation » disponible à l'accueil et dans les cabinets de consultations. Il contient la photocopie des pages jaunes pour la partie « Médecine générale » et quelques noms de médecins qui acceptent recevoir plus particulièrement des patients. Lorsque cela est nécessaire et possible, l'orientation s'accompagne d'une prise de rendez-vous et éventuellement d'un accompagnement physique. En 2013, les équipes ont réalisé **1728 orientations** : 1 orientation sur 5 se fait interne vers une consultation sociale ou de médecine spécialisée, les autres en externe (centres de dépistage, de vaccination, centres hospitaliers et PASS, centres d'exams, les praticiens libéraux, etc.) On dénombreait **74 orientations vers des praticiens libéraux**. (5)

La **mission squat** assure une veille sanitaire, en orientant et accompagnant les personnes vers les structures adaptées à leurs besoins. Il n'y a pas d'outils formalisés contenant les coordonnées de médecins de ville. Chaque équipe s'organise à sa manière pour chercher des coordonnées. En 2013, les équipes ont réalisé **2119 orientations**, plus de la moitié ont été faites vers la travailleuse sociale du CASO afin notamment d'ouvrir des droits à une couverture maladie. On dénombre **24 orientations vers des praticiens libéraux**. (5)

La **mission bus** n'est pas concernée par l'orientation vers les praticiens libéraux à cause de son déroulement en soirée. Si besoin, les usagers sont adressés vers le CASO.

## **1.4 - Objectifs du projet**

Au vu de ce contexte et à la demande du groupe de travail, il est nécessaire de s'interroger sur la manière d'améliorer l'orientation des usagers de Médecins du Monde à Lyon vers le droit commun et notamment vers les médecins libéraux.

Nos objectifs sont les suivants :

- Objectif général du projet: améliorer l'accès aux soins des populations en situation de grande précarité.
- Objectifs opérationnels de la mission de stage :
  - o Co-animer le groupe de travail ;
  - o Définir et mettre en œuvre le plan d'action décidé avec le groupe de travail ;
  - o Créer un réseau de médecins libéraux partenaires sur l'agglomération lyonnaise;
  - o Créer des outils facilitant l'orientation vers les médecins libéraux pour les équipes ;
  - o Créer des outils afin de réaliser le suivi de ces orientations.

## 2 - Méthode

### 2.1 - Cadre d'action

#### 2.1.1 - Equipe projet

Le projet est piloté par le groupe de travail « Médecine de ville » mis en place fin mai 2013. Ce groupe est composé de 7 membres qui sont : la coordinatrice générale des missions à Lyon, les deux co-responsables de mission bénévoles du CASO, la co-responsable de la mission squats et bidonvilles, trois médecins bénévoles au CASO dont celui ayant initié la réflexion.

Nous avons intégré ce groupe de travail pour la durée de notre stage, de fin novembre 2013 à fin avril 2014. Nous avons comme rôles de le co-animer avec la coordinatrice, de définir un plan d'action avec le groupe, mettre en œuvre le réseau et créer les outils nécessaires.

L'équipe s'est réunie environ une fois par mois pendant la durée de notre stage. Nous étions chargée de la planification des réunions, de l'élaboration de l'ordre du jour et de la rédaction des comptes-rendus.

#### 2.1.2 - Population cible

La population cible de l'orientation est composée d'une part des bénévoles acteurs de l'orientation, d'autre part des usagers qui seront orientés et enfin des médecins de ville qui recevront les patients.

Les bénévoles **acteurs de l'orientation** sont :

- au CASO : dès l'accueil par le bénévole de la régulation et/ou par la suite lors de la consultation médicale par le binôme médecin-infirmière ;
- sur la mission squats et bidonville : le binôme médecin-infirmière se déplaçant sur le terrain.

Les **usagers** pouvant être orientés vers les médecins libéraux sont définis par des critères inscrits dans le guide interne « Accueil au CASO » (18). Il s'agit des patients qui :

- « parlent français,
- ont une couverture médicale,
- sont adultes,
- ne présentent pas de caractère d'urgence médicale ou sociale.

Les critères sont à apprécier en discutant avec la personne et ne doivent pas être pris à la lettre. »

Nous avons décidé en accord avec le groupe de travail que les médecins de ville cibles seraient dans un premier temps les médecins **généralistes**. Ils sont les professionnels de premiers recours dans le parcours de soins du patient.

#### 2.1.3 - Calendrier

Les différentes étapes du projet ont été planifiées entre le 26 novembre et le 30 avril 2014, grâce à un chronogramme (Annexe I). Il n'était pas figé et a évolué au fur et à mesure des réévaluations qui ont eu lieu au cours du projet.

## **2.2 - Initialisation du projet**

### **2.2.1 - Analyse du contexte du projet**

Nous avons dans un premier temps réalisé une recherche bibliographique afin de cerner le contexte dans lequel s'inscrivaient les missions de Médecins du Monde en France et plus particulièrement celles de l'agglomération lyonnaise.

Nous avons ensuite assisté à deux permanences de consultations au CASO et à une sortie sur un bidonville. Cela nous a permis de mieux appréhender la mise en œuvre concrète de ces deux missions et de cerner la place de l'orientation vers la médecine de ville.

### **2.2.2 - Mobilisation d'acteurs d'autres délégations**

Nous avons choisi de compléter ces informations par une méthode inspirée du « benchmarking » (19). Il s'agit de se comparer à d'autres acteurs du même domaine afin de « s'inspirer de leurs idées, de leurs pratiques, de leur fonctionnement et de de leurs expériences » afin de se perfectionner. Nous avons ainsi interrogé les responsables d'autres délégations de Médecins du Monde en France afin de les questionner sur leurs pratiques en termes d'orientation vers la médecine de ville tout en prenant en compte les différences en termes d'offre de soins et de contexte territorial.

Nous avons choisi les délégations à contacter selon plusieurs critères : types de missions mises en œuvre (CASO, mission squats ou bidonville), existence d'un processus d'orientation, lien avec des médecins de ville. Ces différentes informations ont été récoltées sur le site intranet de Médecins du Monde. Au total, nous avons sélectionné huit responsables de délégations que nous avons contactés par email.

### **2.2.3 - Réalisation d'une enquête qualitative**

Nous avons complété ces données par des entretiens semi-dirigés individuels pour identifier les besoins spécifiques et expliciter les pratiques des acteurs concernés par l'orientation. Cette méthode permet notamment de réfléchir sur d'éventuels obstacles ou leviers en interrogeant les pratiques, l'expérience et le vécu des personnes. (20) Nous avons réalisé deux trames d'entretien adaptées à chaque cas (Annexe II), basées sur les recherches bibliographiques et les observations de début de projet. Ces trames ont été validées par le groupe de travail. Les entretiens ont ensuite été analysés de manière thématique.

D'une part, nous avons réalisés **sept entretiens qualitatifs de bénévoles intervenant dans l'orientation** vers la médecine de ville. L'objectif était d'identifier leurs difficultés et leur besoins afin de créer des outils d'orientation et de suivi adaptés. Les personnes interrogées nous ont été indiquées par la coordinatrice afin de correspondre à des profils diversifiés : une infirmière de la régulation au CASO, deux médecins et deux infirmières réalisant les consultations au CASO, un médecin de la mission squats et bidonvilles, un accompagnateur. Ces entretiens ont été réalisés en face à face et ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord des interviewés puis retranscrits. Ils ont duré en moyenne 21 minutes.

D'autre part, **trois médecins généralistes de ville ayant déjà reçu au moins un patient orienté** par Médecins du Monde ont été interrogés. Le but était d'identifier les freins et les leviers concernant l'orientation des patients précaires vers la médecine de ville afin de concevoir un partenariat adapté. Ces médecins ont été identifiés à l'aide du classeur « Régulation » rempli

## Méthode

par le bénévole de la régulation à l'accueil du CASO et dans lequel figurent de manière non systématique les noms des médecins de ville vers lesquels ont été envoyés des patients. Leurs coordonnées ont été récoltées dans les pages jaunes. Initialement, six médecins généralistes avaient été repérés mais trois ont refusé l'entretien par manque de temps. Les entretiens ont été réalisés par téléphone et n'ont pas été enregistrés pour ne pas ajouter un frein s'additionnant au manque de disponibilité des médecins. Ils ont duré en moyenne 8 minutes.

Les résultats issus de l'analyse du contexte, de la mobilisation d'autres acteurs et de l'enquête qualitatives nous permettront de définir les modalités de création du réseau de médecins partenaires ainsi la mise en œuvre des outils adaptés aux besoins des différents acteurs de ce réseau (médecins, bénévoles du CASO, équipes de la mission squats et bidonvilles).

## 3 - Résultats

### 3.1 - Initialisation du projet

#### 3.1.1 - Analyse du contexte

La recherche bibliographique s'est basée notamment sur des documents édités par Médecins du Monde (rapports d'activités, guides internes, etc.), des données statistiques d'instituts comme l'Observatoire de la Santé des Lyonnais ou l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), ainsi que des textes législatifs. Permettant de définir le contexte dans lequel s'inscrit le projet, les résultats de la recherche bibliographique et des observations figurent dans la partie 1.4 - Contexte.

#### 3.1.2 - Mobilisation d'acteurs d'autres délégations

Après avoir contacté huit responsables, nous avons rencontré deux responsables et eu trois autres réponses par mail. Ces différents retours provenaient des missions de St-Eloi-les-Mines, Grenoble, Saint-Denis, Bordeaux et Nancy. Ils faisaient état d'autant d'expériences différentes :

- utilisation d'un réseau de médecins généralistes et spécialistes constitué de manière informelle mais qui reçoivent *gracieusement* les patients *sans* couverture maladie ;
- orientation des patients ayant des droits potentiels vers la PASS de l'hôpital ;
- orientation des patients vers les Centres Municipaux de Santé qui sont nombreux dans la région concernée ;
- prise de contact formalisée envers des médecins généralistes par courrier mais *sans relance*, aucune réponse n'a été obtenue ;
- plusieurs tentatives peu concluantes de mobilisation des généralistes de l'agglomération concernée, pour sortir des relations informelles, en collaboration avec le Conseil de l'Ordre des Médecins. L'équipe avait publié un article dans le journal du Conseil de l'Ordre et un courriel avait été adressé aux médecins généralistes via le Conseil de l'Ordre. Au final, les quelques réponses reçues ne *correspondaient pas aux lieux de vie des usagers*.

Suite à ces réponses, nous avons pu émettre certaines recommandations en vue de la mobilisation de futurs partenaires. Il s'agira de ne pas reproduire certaines méthodes infructueuses :

- il conviendra de procéder à un **ciblage géographique** des partenaires potentiels en fonction de nos besoins afin de ne pas solliciter des médecins qui ne seront pas susceptibles de recevoir les usagers;
- il sera préférable de ne **pas contacter par mails ou par courrier sans relance** par la suite car ces méthodes n'ont pas abouti dans d'autres délégations.

#### 3.1.3 - Principaux résultats de l'enquête qualitative

Les thèmes abordés avec les **médecins de ville** étaient les suivants : le déroulement des consultations et leurs difficultés éventuellement avec les patients venant de Médecins du Monde, leur lien avec l'association puis leur avis sur l'idée du partenariat. L'analyse des entretiens nous a permis de faire ressortir certains éléments :

- les médecins contactés sont surchargés, certains ne prennent plus de nouveaux patients ;

## Résultats

- leur temps est précieux (peu de temps disponible pour des échanges téléphoniques, pas de temps pour des rencontres) ;
- les médecins rencontrent des difficultés avec les patients qui ne respectent pas les rendez-vous, qui ne parlent pas français ou qui n'ont pas de droits ouverts ;
- un médecin a exprimé un intérêt à bénéficier de rappels socio-administratifs concernant la prise en charge de patients précaires.

La trame d'entretien des **bénévoles du CASO et de la mission squats** portait sur leurs pratiques de l'orientation, leurs supports et difficultés, les axes d'amélioration possibles. Suite à l'analyse des entretiens, les éléments intéressants étaient les suivants :

- le « classeur d'orientation » est utilisé mais décrit comme peu pratique, peu lisible et il ne permet pas de situer aisément les adresses qu'il indique, ni de savoir si un médecin parle une langue étrangère ou s'il a des créneaux de consultations sans rendez-vous ;
- l'organisation d'une orientation nécessite du temps que les soignants ont du mal à prendre avec la « pression de la salle d'attente pleine », après des refus ou des délais trop longs lors de la prise de rendez-vous ;
- certains soignants ont du mal à orienter les usagers vers des médecins « non sensibilisés » ou en qui ils n'ont « pas confiance » ;
- certains regrettent qu'il n'y ait pas de suivi des orientations, on ne sait pas ce que sont devenus les patients.

Nous avons utilisé la méthode de résolution de problème qui consiste à résoudre un problème en analysant les causes. (19) Ces différents entretiens nous ont permis de recueillir des données nécessaires pour identifier les difficultés relatives à l'orientation et leurs causes principales. Nous avons ensuite choisi des solutions qui nous semblaient adaptées, en accord avec le groupe de travail, afin de concevoir un modèle de partenariat ainsi que des outils d'orientation et de suivi.

### ***3.2 - Création du partenariat avec les médecins généralistes de ville***

#### **3.2.1 - Ciblage des partenaires potentiels**

Le partenariat ne va être proposé qu'aux médecins généralistes susceptibles de recevoir les usagers. Pouvoir orienter les usagers au plus près de leur lieu de vie a plusieurs avantages : insertion sociale dans son quartier, moins de difficultés d'accès par méconnaissance de l'adresse, moindre recours aux transports en commun (avantage financier et moindre peur de se déplacer pour les personnes en situation irrégulière).

Nous avons ciblé les zones géographiques à prioriser à l'aide des deux travailleurs sociaux du CASO. Ils sont les seuls à connaître les lieux de vie des usagers, l'adresse des patients n'étant pas renseignée sur les dossiers.

Il s'agit de : Villeurbanne, Vénissieux, Vaulx-en-Velin, Lyon 7, Lyon 3, Lyon 2 et Lyon 8.

#### **3.2.2 - Définition du partenariat proposé**

Suite aux entretiens réalisés, il est décidé, en collaboration avec le groupe de travail, que le partenariat doit valoriser le lien des médecins généralistes avec l'association. Ce partenariat ne



doit pas être unilatéral afin qu'il soit intéressant et donc accepté par les médecins. D'un côté, le médecin de ville accepte de recevoir ponctuellement des patients ayant une couverture sociale et parlant un minimum le français. De l'autre, Médecins du Monde apporte un soutien dans la prise en charge de ces patients précaires : « guide pratique » pour la prise en charge de patients précaires, possibilité de contacter l'association en cas de difficulté avec une situation ou de lui adresser des patients en rupture de droits, rencontres une ou deux fois par an avec temps de « formation » et temps d'échanges autour de la pratique clinique, etc.

Le partenariat proposé est informel et basé sur un accord oral pour ne pas « faire peur ». Il permet d'inclure le médecin dans une liste des « médecins-partenaires ». Celui-ci peut à tout moment suspendre le partenariat.

### **3.2.3 - Elaboration du moyen de contact des partenaires potentiels**

Les retours d'expériences d'autres délégations et les entretiens réalisés auprès des médecins nous ont fait préférer le contact des partenaires potentiels par courrier suivi par une relance téléphonique en cas d'absence de réponse spontanée.

Nous avons proposé un modèle de lettre, qui après quelques modifications apportées par le groupe de travail a été validée par ce dernier. Le lettre (Annexe III) reprend brièvement les trois missions de Médecins du Monde à Lyon, explique la démarche du partenariat. Nous insistons bien sur le fait qu'il est important de ne pas surcharger les médecins et qu'ils peuvent à tout moment modifier ou arrêter le partenariat.

Pensant que la communication sera plus effective si elle se fait « de pair à pair », nous proposons, en fin de lettre, une rencontre entre un médecin bénévole et le partenaire potentiel afin d'échanger sur le partenariat. De plus, les lettres sont co-signées par un médecin appartenant du groupe de travail et nous-même, en tant que chargée de projet.

La réponse à la lettre peut se faire par mail ou par courrier. Un coupon-réponse rapide à remplir et une enveloppe pré-remplie non affranchie ont été joints à l'envoi. Les coordonnées des médecins généralistes ont été obtenues dans les Pages Jaunes.

### **3.2.4 - Réalisation et bilan d'une « phase-test »**

Nous avons décidé de tester notre méthode de contact sur une zone ciblée limitée. En fonction du nombre de réponses, nous déciderons de reproduire ou non cette méthode de la même manière. Le groupe de travail a choisi aléatoirement la ville de Villeurbanne.

Au total, nous avons envoyé **84 lettres** et obtenu **une réponse spontanée** par mail. Une dizaine de jour après l'envoi, nous avons essayé de relancer les autres médecins par téléphone. Suite à cela, **cinq autres généralistes ont accepté le partenariat**. Sur ces six médecins intéressés, cinq ont accepté une rencontre au cours de laquelle nous leur présentions les activités de Médecins du Monde à Lyon, surtout le CASO, le type de patients reçus, et le pourquoi du partenariat. Un livret abrégé du rapport d'activité 2012 de l'association à Lyon leur a été remis. Nous étions accompagnée au cours des entrevues par celui des médecins du groupe de travail qui était le plus disponible. On peut noter également que cinq autres généralistes ont accepté de recevoir ponctuellement des patients orientés par l'association sans pour autant formaliser les échanges.

Au vu de ces résultats, le groupe de travail a conclu que la méthode de contact était

**satisfaisante** et pouvait être renouvelée en y apportant **quelques modifications sur la forme** pour augmenter le taux de lecture de la lettre (certains médecins nous ont dit ne pas l'avoir lue ou vue). Pour éviter que la lettre ne soit considérée comme de la publicité ou comme un appel au don à cause du logo sur l'enveloppe, il est décidé de remplacer les étiquettes avec les coordonnées du médecin destinataire par une adresse manuscrite et de supprimer le coupon-réponse.

### 3.2.5 - Diffusion de la méthode et résultats obtenus

La méthode de contact des médecins généralistes a donc été étendue aux autres quartiers signalés par les travailleurs sociaux. Les envois à chaque arrondissement ou commune ont été décalés afin de pouvoir répartir dans le temps les différentes phases d'envoi, de relance et de rencontres.

Tableau 1 – Principaux résultats des contacts avec les médecins généralistes

Ville ou arrondissement	Nombre de lettres envoyées	Réponses spontanées	Nombre de partenaires après relance téléphonique	Dont nombre de partenaires rencontrés
Villeurbanne	84	1	6	5
Lyon 7	49	1	3	2
Vénissieux	48	1	3	3
Vaulx-en-Velin	30	0	3	2
Lyon 3	72	0	2	1
Lyon 2	31	0	0	0
Lyon 8	44	2	12	3
<b>TOTAL</b>	<b>358</b>	<b>5</b>	<b>29</b>	<b>16</b>

A cela s'ajoutent neuf médecins qui ont accepté de recevoir ponctuellement des patients envoyés par Médecins du Monde mais sans formaliser les échanges sous forme d'un partenariat.

Il y a donc, à la fin de notre période de stage, 29 médecins généralistes ayant accepté le partenariat.

### 3.2.6 - Préparation d'une rencontre réunissant les partenaires

Une rencontre entre médecins partenaires et médecins bénévoles est prévue quelques mois après le début du partenariat. La date de la rencontre a été fixée par le groupe de travail au mardi 18 novembre au soir. Cette date sera communiquée par courrier aux médecins généralistes au mois de juin et rappelée en septembre.

Le contenu précis de cette réunion reste à définir mais pourra s'organiser autour de trois axes :

- échanges autour de la mise en place et du déroulement du partenariat ;
- apports sur une thématique sociale ;
- apports sur une thématique plus médicale.

### **3.2.7 - Elaboration d'un livret de soutien à la prise en charge des patients précaires**

Nous avons conçu un livret : « Le médecin de ville et la personne en grande précarité – Guide pratique » à destination des partenaires afin de faciliter leur prise en charge des patients qui leur seront adressés. Ce livret comporte les chapitres suivants :

- des rappels concernant les différents types de protection sociale (AME, CMU-b, CMU-c) ;
- les catégories de patients que le médecin peut recevoir et leurs couvertures sociales respectives ;
- des conseils pratiques pour la consultation (que faire en cas de difficultés linguistiques, si l'on reçoit une femme enceinte en situation de précarité, etc)
- les coordonnées de divers partenaires sociaux et médicaux de premiers recours dans l'agglomération lyonnaise (PASS, Centres Communaux d'Action Sociale, centres médico-psychologiques, etc.).

Le livret a été relu par les membres du groupe de travail et par les deux travailleurs sociaux, puis corrigé en fonction de leurs retours. Nous avons ensuite décidé avec le groupe de travail que ce livret sera envoyé aux médecins partenaires au courant du mois de juin, accompagné de l'invitation à la rencontre de novembre. Son contenu sera évalué lors de la rencontre en fonction des retours des médecins présents, puis réadapté si besoin.

### **3.3 - Création d'outils pour les équipes du CASO et de la mission squats**

#### **3.3.1 - Elaboration d'une cartographie avec identification des partenaires**

Au CASO, un « classeur d'orientation » est disponible à l'accueil et dans chaque cabinet. Il recense les différents partenaires et structures vers lesquels il est possible d'orienter les usagers (orientations médicales générales et spécialisées, examens complémentaires, prévention).

La partie « Médecine Générale » du classeur d'orientation consistait jusqu'à présent en la photocopie des pages jaunes. En tenant compte des difficultés émises par les bénévoles lors des entretiens que nous avons réalisés, nous avons conçu un nouvel outil adapté. Il s'agit de cartes des cabinets de médecins généralistes par arrondissements et par ville périphériques (Annexe IV), réalisées avec Google Maps Engine Lite (en libre utilisation sur Internet). Sous chaque carte figure un tableau avec les coordonnées des cabinets des généralistes associés. Une colonne «Remarques» permet d'indiquer s'il s'agit de médecins partenaires et, si cela est connu, les langues parlées par certains ou les plages de consultations sans rendez-vous. De plus, les médecins partenaires sont en plus signalés par un logo foncé sur la carte et par des caractères en gras dans le tableau des coordonnées.

La partie « Pages Jaunes » a néanmoins été laissée dans le classeur en cas de besoin d'orientation d'un patient vers un médecin d'une ville non cartographiée.

Ce nouvel outil a été présenté aux équipes lors de briefings précédant les permanences de consultations ainsi qu'au cours des réunions mensuelles de fonctionnement du CASO. Cela a permis aux équipes de se l'approprier et de nous communiquer leurs critiques afin de l'améliorer.

### **3.3.2 - Diffusion aux équipes des squats**

Nous avons partagé les cartes réalisées aux équipes de la mission squats et bidonville qui pourra ainsi les utiliser pour cibler les médecins présents autour de ses lieux d'intervention. Afin que les bénévoles de cette mission puissent réaliser eux-mêmes des cartes spécifiques à de nouveaux terrains suivis, nous avons créé un tutoriel expliquant la conception d'une carte sur Google Maps Engine Lite et réalisé à titre d'exemple deux cartes se focalisant sur des terrains existant.

### **3.4 - *Elaboration d'un moyen de suivi des orientations***

Il nous a semblé nécessaire de pouvoir assurer un suivi des orientations effectuées. Cela permettra à terme de savoir combien de patients ont été orientés et vers quels médecins.

Concernant le CASO :

- les orientations qui se font depuis l'accueil sont indiquées dans le classeur « Régulation ». Il n'y figure que rarement le nom du médecin recevant le patient.
- les orientations qui se font depuis les cabinets médicaux sont cochées au dos des dossiers médicaux. Il existe une case spécifique pour les orientations externes vers des médecins généralistes, mais les dossiers sont parfois remplis de manière incomplète.

Nous avons demandé aux équipes, en accord avec le groupe de travail, de préciser les noms des médecins de ville et la date du rendez-vous pris. L'information a été diffusée lors d'une réunion de fonctionnement du CASO et rappelée lors de briefings précédant les permanences des consultations.

Concernant la mission squats et bidonville, nous avons demandé aux équipes de préciser sur les feuilles de suivi remplies après chaque sortie le nom du médecin de ville et la date du rendez-vous pris en cas d'orientation vers un praticien libéral. Cette information a été diffusée lors d'une réunion de fonctionnement de la mission par la co-responsable de mission.

Nous avons ensuite mis en place un cahier de suivi afin de recueillir ces différentes informations. Il est rempli par les bénévoles chargés de la saisie informatique des dossiers du CASO et des feuilles de suivi des missions squats. Ce cahier est à mettre en commun avec le cahier « Régulation », non saisi sur informatique, afin d'avoir une vision globale des orientations effectuées vers les praticiens libéraux.

De la mise en place du cahier début février à la fin de notre stage fin avril, cela nous a permis de voir que quatorze orientations avaient été effectuées depuis les cabinets médicaux du CASO vers des médecins généralistes. Sur ces quatorze orientations, les noms des médecins concernés ne figuraient que neuf fois, dans cinq cas il s'agissait d'un partenaire. Le classeur « Régulation » faisait état de sept orientations vers des généralistes, seuls trois médecins étaient nommés, il s'agissait à chaque fois de partenaires. Nous n'avons pas de recul sur la mission squats et bidonville car les fiches de suivi n'avaient pas encore été saisies.

## 4 - Discussion

### 4.1 - *La méthode*

#### 4.1.1 - **Du côté des usagers, une population cible difficile à quantifier**

L'analyse de la situation initiale devait tout d'abord se baser sur la définition de la population cible à laquelle allait s'adresser notre projet. Il s'agissait notamment des usagers que nous allions orienter vers le droit commun. Quelques difficultés sont alors apparues.

D'un côté quantitatif, les données utilisées pour déterminer le nombre d'usagers orientés vers des médecins de ville sont issues de la saisie informatique des dossiers médico-sociaux du CASO et des fiches de suivi remplies à l'issue des sorties sur les missions squats et bidonvilles. Il apparaît que si le taux de remplissage de la partie « orientation externe » des fiches des missions squats est proche de 100%, celui de la même partie des dossiers du CASO est de 27%.<sup>(21)</sup> Cela signifie que dans 73% des cas, la partie « orientation externe » n'est pas remplie mais cela peut être soit parce que l'utilisateur n'a pas nécessité d'orientation externe, soit parce que la case n'a pas été remplie par l'équipe. Il n'est donc pas possible de savoir si ces données sont représentatives de l'activité réelle d'orientation. Il y a sûrement **une sous-estimation du nombre d'orientations** vers l'extérieur, donc de celles vers les médecins de ville.

D'un côté plus qualitatif, le guide interne « Accueil au CASO » précise que les usagers qui peuvent être orientés vers un médecin libéral sont ceux qui « parlent français, ont une couverture médicale, sont adultes, ne présentent pas de caractère d'urgence médicale ou sociale. Les critères sont à apprécier en discutant avec la personne et ne doivent pas être pris à la lettre. » Cette définition entraîne donc une **certaine subjectivité dans le choix d'orienter** ou non un usager, propre au bénévole qui prend en charge le patient et qui peut notamment porter sur la notion d'urgence sociale. Cela rend difficile la quantification du nombre d'usagers qui peuvent être orientés vers les praticiens libéraux.

#### 4.1.2 - **La qualité des entretiens réalisés**

Les entretiens réalisés **avec les bénévoles** du CASO et des missions squats et bidonvilles se sont réalisés dans des **conditions satisfaisantes** : les bénévoles interrogés ont été choisis par la coordinatrice afin de constituer un échantillon varié, le rendez-vous avait pu être convenu en amont, les interviewés étaient disponibles pour un entretien de plusieurs dizaines de minutes. Celui-ci a été réalisé dans une pièce calme et a pu être enregistré à l'aide d'un dictaphone. La durée moyenne de ces entretiens était de vingt-et-une minutes.

Ceux réalisés **avec les médecins de ville** n'ont **pas** pu être conduits dans des conditions méthodologiques similaires et **tel que recommandé** pour ce type d'enquête. <sup>(20)</sup> Tout d'abord, il a été plus difficile d'identifier les médecins de ville qui avaient déjà reçu des patients car leurs noms ne sont pas renseignés dans les dossiers médicaux du CASO. Certains noms figurent parfois dans le « classeur de la régulation », en fonction de la personne qui l'a rempli.

Sur les six médecins qui ont pu être identifiés, seuls trois ont accepté l'entretien proposé par

téléphone, les autres refusant à cause d'un emploi du temps trop chargé. La durée moyenne des entretiens n'a été que de huit minutes car deux des médecins nous ont répondu en étant en pleine consultation et le troisième allait commencer une consultation. Cela nous laissait uniquement le temps pour aller aux points essentiels sans pouvoir développer ni les questions posées, ni les réponses données. Ces entretiens n'ont pas été enregistrés pour ne pas créer un frein supplémentaire à leur réalisation, les notes prises ne retranscrivent pas de manière précise les échanges et l'analyse s'en trouve lésée.

### **4.1.3 - La prise en compte du vécu des usagers**

Réaliser une enquête qualitative auprès de différents acteurs en lien avec l'orientation d'usagers vers la médecine libérale permet d'aller **au-delà du quantitatif** et de l'utilisation de chiffres. Dans notre projet, nous avons pris en compte les opinions des bénévoles impliqués dans le processus d'orientation ainsi que celles des médecins de ville ayant reçu des patients envoyés par Médecins du Monde. Cependant, nous n'avons **pas pris en compte le vécu des usagers** concernés ayant comme limite le temps de réalisation du stage et le manque de moyens dû à la barrière de la langue.

Multiplier les points de vue au cours d'entretiens est « une source de richesse pour essayer d'atteindre la **compréhension la plus globale possible.** » De plus, prendre en compte les opinions de chacun des protagonistes impliqués répond à « un souci éthique : les personnes potentiellement impliquées dans un programme de santé ont le droit d'être écoutées et considérées comme des acteurs à part entière. » Cela permettra d'améliorer la pertinence des actions, leur acceptabilité et leur efficacité. (22)

A titre d'exemple, une enquête qualitative a été réalisée auprès des usagers du CASO en 2013. Elle avait comme objectifs de mieux connaître les besoins et avis des usagers afin d'améliorer le fonctionnement du CASO. Suite aux constats et recommandations émis par les interviewés, l'équipe a réagi en fermant son centre pendant une semaine afin de **réorienter sa stratégie et son organisation**. Des améliorations immédiates ont été mises en oeuvre, de nouveaux postes ont été créés (un chargé d'appui et un médiateur sanitaire et social) et des axes d'amélioration à long terme ont été planifiés (formation des équipes et harmonisation des pratiques, revue des procédures, amélioration de la communication). (5, 23)

## **4.2 - Les résultats**

### **4.2.1 - La notion de temps : un critère clé à prendre en compte**

La notion de « temps » a été un déterminant de **choix de la méthode** de contact des partenaires potentiels. Elle a notamment été prise en compte suite à l'enquête qualitative auprès des médecins de ville qui montrait que les médecins disposaient de peu de temps pour prendre connaissance de notre message. Plutôt qu'un mail lu puis oublié, un article dans un magazine seulement survolé ou un appel téléphonique pris au cours d'une consultation, nous avons préféré une lettre qui a l'avantage de rester « physiquement » sur un bureau. Cela a pu se démontrer par le fait que quelques médecins nous ont recontactés quelques semaines après la

## Discussion

réception des courriers et relances téléphoniques, après avoir pris le temps de lire ou relire la lettre et de réfléchir à la proposition de partenariat.

Le fait d'avoir pris en compte cette dimension temporelle et d'avoir choisi une lettre comme moyen de contact nous a permis d'être plus efficaces lors des relances téléphoniques des partenaires potentiels. Les médecins ayant déjà reçu la lettre quelques jours plus tôt, ils étaient déjà au courant de notre proposition. Cela nous permettait d'aller à l'essentiel et de leur faire perdre moins de temps sur leurs consultations.

La notion de temps a donc été un **facteur-clé**, pris en compte dans notre façon de gérer le partenariat. Il a été important de mettre en œuvre un mode de contact et de réponse qui n'était pas chronophage pour les médecins mais également de pouvoir les rassurer sur le fait que le partenariat en lui-même ne les surchargerait pas dans leur travail.

Enfin, nous avons pu avoir plusieurs **retours positifs** de la part de médecins rencontrés sur le caractère rassurant du contenu de la lettre (ils avaient le choix du nombre d'orientations par mois et pouvaient modifier ou arrêter le partenariat à tout moment) et sur le fait que cela les a influencé à répondre positivement à la proposition de partenariat. Cela nous confirme l'importance de ce facteur « temps ». Un article paru en janvier 2013 dans la Revue Hospitalière de France fait le même constat à propos d'un partenariat entre une PASS et des médecins libéraux. Leur travail en réseau ne doit « surcharger aucun d'eux : il s'agit d'une condition exprimée par les généralistes pour continuer à recevoir les patients adressés par la PASS ». (24) Ainsi, la connaissance des acteurs acquise lors des entretiens nous a permis d'explicitier leurs intérêts et motivations afin de construire un partenariat bénéfique à chacun.

### 4.2.2 - Un taux de réponse inattendu à la proposition de partenariat

Lors de la définition du plan d'action du projet, nous n'avions pas défini d'objectifs chiffrés en termes de nombre de partenaires à atteindre. La **démarche** du groupe de travail était **spécifique et novatrice** dans son domaine, nous ne pouvions pas nous comparer à un autre projet. De plus, les expériences réalisées par les autres délégations n'avaient pas porté leurs fruits. Il était donc difficile de se projeter en termes de résultats. Il s'agissait surtout d'obtenir les meilleurs résultats possibles en se donnant la possibilité de revoir la méthode après des phases-« test ».

Nos résultats étant concluants après une première phase-test (6 partenaires, dont 5 rencontrés, pour 84 lettres envoyées), la méthode déployée a été renouvelée après de légères adaptations. Au final, sur les 358 médecins généralistes contactés, 29 sont partenaires de Médecins du Monde dans l'agglomération lyonnaise, parmi eux 16 ont été rencontrés. Ces résultats sont plus que **satisfaisants et encourageants** d'un point de vue quantitatif comme qualitatif. Les échanges que nous avons pu avoir lors des rencontres avec les partenaires potentiels montraient que les médecins étaient tout à fait intéressés par le principe du partenariat et motivés pour s'y investir.

Cette réussite peut être expliquée en partie par l'avantage de mettre en œuvre un projet dans une structure associative de l'ampleur de Médecins du Monde. L'association a pu **se donner le temps et les moyens** de prendre du recul par rapport à une réflexion interne et de faire appel à un stagiaire qui était dévolu au projet. Cela permet de mettre en œuvre une méthodologie structurée (analyse du contexte, définition d'objectifs et de méthodologie, mise en œuvre) et de

sortir d'un fonctionnement « informel » de lien avec des partenaires. Le temps nécessaire à la mise en œuvre logistique du partenariat et des outils a été conséquent et le fait d'avoir une personne dédiée à temps-plein au projet a été un facteur de réussite.

Enfin, ces résultats ont dépassé les espérances des membres du groupe de travail. Cela montre l'importance d'**aller au-delà des images stéréotypées** qui ont pu être présentes au début du projet. Les catégorisations grossières, du type « les médecins généralistes », « les spécialistes » allaient parfois de pair avec des généralisations réductrices comme « aucun généraliste ne reçoit de patients précaires », « les usagers orientés sont mal reçus », etc. C'est un atout certain d'avoir pu interroger et mettre en porte à faux ces préjugés.

### **4.2.3 - L'attractivité du partenariat pour le médecin de ville**

Un partenaire peut être défini comme « une personne alliée, associée à une ou plusieurs autres dans une relation formalisée dont l'objet concerne le programme, pour une réalisation commune avec des règles partagées. » (22) Un des facteurs de réussite d'un partenariat est la **convergence d'intérêts**. Le partenaire doit identifier un intérêt à collaborer et les engagements réciproques doivent être complémentaires. Dans le cadre de notre projet, le partenariat devait apporter un « plus » au médecin de ville et ne pas se limiter à l'adressage de patients.

Ainsi, nous avons réalisé un « Guide pratique » pour la prise en charge des patients précaires par les médecins de ville. Celui-ci se base sur les données de la littérature et celles issues des entretiens que nous avons réalisés auprès des médecins de ville et qui font état des difficultés qu'ils rencontrent. Le guide apporte donc des conseils pratiques et recense les coordonnées de partenaires locaux dans le cas où le patient nécessiterait une prise en charge complémentaire, notamment d'ordre psycho-sociale.

Une autre règle essentielle à la réussite d'un partenariat est que le processus soit « celui de la **négociation, de la concertation et de la coopération**. » (22) Nous nous sommes attachés à rencontrer les partenaires potentiels dès le début de la démarche afin de partager un premier temps d'échange entre acteurs. Un second temps de rencontre impliquant l'ensemble des nouveaux partenaires et les bénévoles de l'association sera organisé à quelques mois du début du partenariat afin de proposer un temps d'échanges et de retours d'expérience. Cela permettra de s'inscrire dans une démarche plus participative en développant ensemble des « modalités d'intervention au plus près des besoins ». (25)

### **4.2.4 - La particularité des ressources humaines mobilisées**

Le **groupe de travail**, moteur du projet, était composé de sept membres : une salariée de Médecins du Monde, les autres étaient des bénévoles de l'association. Parmi ces derniers, certains étaient médecins généralistes de ville dont un toujours en activité. D'autres bénévoles étaient directement impliqués dans l'orientation des usagers, au sein du CASO pour l'un d'eux et sur la mission squats et bidonvilles pour un autre. Cette richesse liée à la **diversité des profils** composant le groupe de travail a permis de nourrir les échanges et les réflexions de façon constructive.



## Discussion

La particularité de la gestion de ce projet était qu'il impliquait de **travailler** majoritairement **avec des bénévoles**. Il convenait donc de s'adapter « à la nature des engagements, à ses différentes formes, aux compétences et aux disponibilités » des bénévoles investis. (26) La question du respect des compétences de chacun impliquait, par exemple, que la méthodologie de gestion de projet employée ne soit pas trop compliquée ou rigide. Il fallait donc rester plutôt pragmatique et montrer une certaine souplesse pour pouvoir maintenir la mobilisation et la motivation des bénévoles. Les limites des disponibilités des bénévoles n'ont été ressenties qu'au moment de deux rencontres avec des partenaires potentiels sur les seize réalisées. Aucun médecin bénévole n'étant disponible, nous y sommes allée seule alors que cela ne correspondait pas à ce qui était annoncé dans la lettre présentant le projet de partenariat.

Enfin, la gestion de notre projet coïncidait avec une **période de réflexion** concernant le fonctionnement du CASO. Un travail autour de **la fonction de « régulation »** a été mené. Celle-ci était perçue par certains bénévoles comme un simple « tri » qui ne correspondait pas aux valeurs inhérentes à la mission d'accueil du centre. (27) L'adhésion limitée à ce principe a rendu difficile sa mise en œuvre. La régulation étant au centre de notre projet, le partenariat créé et les outils développés n'ont pas encore été utilisés de manière optimale. Actuellement, le travail des bénévoles autour de cette question se poursuit autour notamment de la définition du poste de « régulation » et la mise en place de formations spécifiques en soutien aux bénévoles intéressés par cette fonction.

### 4.2.5 - La création d'outils

Les outils créés au cours de notre stage ont consisté en :

- un livret à destination des médecins partenaires « Le médecin de ville et la personne en grande précarité - Guide pratique » ;
- des cartes localisant les médecins généralistes dans les différents arrondissements de Lyon et communes de l'agglomération et sur lesquelles se démarquaient les nouveaux partenaires. Elles ont été insérées à un « classeur d'orientation » existant ;
- un tutoriel permettant de concevoir des cartes adaptées à un terrain pour les équipes des missions squats et bidonvilles, ainsi que des modèles de cartes pour deux terrains. Le tutoriel a été créé afin de soutenir la pérennisation de l'outil « cartographie » ;
- un cahier de suivi des orientations réalisées par les équipes du CASO et celles des squats.

La création de ces outils nous a **demandé plus de temps** que celui imparti dans notre planification initiale. D'une part, la conception du livret pour les partenaires a nécessité un temps important de recherche afin que s'assurer de la conformité des informations qui y figuraient et de l'exactitude des coordonnées indiquées. Ensuite, nous avons dû développer de nouvelles compétences pour la réalisation et la mise en page des cartes localisant les médecins. Enfin, les **retours réguliers** des bénévoles utilisant les cartes lors des permanences au CASO nous ont conduit à réaliser plusieurs **adaptations** du format des cartes afin de les rendre plus facilement lisibles et utilisables. Le « classeur d'orientation » dans lequel figurent notamment les cartes devra être revu afin de faciliter son utilisation. Ce travail sera réalisé prochainement par la nouvelle chargée d'appui au CASO.

Les différents outils destinés aux équipes de l'association ont été diffusés après sensibilisation

des équipes lors de réunions de fonctionnement de chaque mission afin de faciliter leur appropriation.

### **4.3 - Quelles perspectives ?**

#### **4.3.1 - Suite du projet**

La pérennisation du projet est favorisée par la prise de fonction d'une nouvelle salariée chargée d'appui au CASO à la fin du stage. Sa mission n'est pas entièrement dévolue à notre projet mais elle pourra en assurer la continuité et le suivi en lien avec le groupe de travail. Nous avons conçu un document de capitalisation que nous lui avons remis et expliqué au cours d'une rencontre.

Les prochaines étapes du projet sont :

- deux rencontres sont prévues avec des partenaires potentiels dans les semaines qui viennent car certains médecins nous ont répondu plusieurs semaines après les relances téléphoniques ;
- l'envoi des livrets « Le médecin de ville et la personne en grande précarité - Guide pratique » aux nouveaux partenaires ;
- l'organisation de la rencontre entre médecins partenaires en novembre 2014 ;
- l'animation du groupe de travail ;
- la sensibilisation des équipes à l'intérêt de la « régulation » afin de renforcer la mobilisation des bénévoles et l'utilisation du réseau et des outils créés.

Une médiatrice sanitaire roumanophone a pris ses fonctions fin mars 2014 au sein des équipes de Médecins du Monde à Lyon. Elle joue un rôle d'interface temporaire entre la population des terrains suivis et les acteurs de santé afin de construire l'accès au système de santé de droit commun. En effet, « le développement de postes de professionnels médiateurs (...) concourt aussi à une meilleure insertion des publics précaires. » (24) Elle pourra appuyer son travail sur le réseau de partenaires et les outils créés lors du stage.

#### **4.3.2 - Extension du projet**

Avant toute extension du projet, il conviendra de procéder à son évaluation. Celle-ci pourra être réalisée après quelques mois de fonctionnement afin de préciser les effets liés à la mise en place du projet. Cela permettra de décider si le projet doit se poursuivre de la même façon ou si l'on doit apporter des ajustements nécessaires. (22)

Au niveau local, le projet pourra éventuellement être étendu :

- aux autres arrondissements et villes de l'agglomération lyonnaise qui n'avaient pas été ciblés initialement ;
- à certaines catégories de médecins spécialistes, d'autant plus que les refus de soins s'observent plus fréquemment chez les spécialistes que les généralistes ; (6)
- à plus long terme, aux médecins jeunes installés afin de toucher d'autres partenaires potentiels.

Au niveau national, nous avons été sollicitée par le siège de Médecins du Monde afin de transmettre les détails de notre projet à la chargée de la revue des Missions France qui mène une évaluation de l'ensemble des Centres d'Accueil, de Soins et d'Orientation. Cela permettra de lancer la réflexion sur le développement de l'orientation vers les médecins de ville à l'échelle nationale.

### **4.3.3 - Donner plus de moyens aux médecins généralistes pour prendre en charge les populations précaires**

Au-delà du projet dans lequel s'inscrit notre stage, il est intéressant de s'interroger sur les moyens dont pourraient bénéficier les généralistes pour prendre en charge ces patients en situation de grande précarité. L'exercice du premier recours les confronte de plus en plus à la précarité et aux inégalités sociales de santé.

Les obstacles linguistiques face aux patients exilés sont une difficulté souvent contournée par les médecins que nous avons rencontrés à l'aide de moyens de communication non verbale ou la présence d'un accompagnant, qui ne présente cependant pas les qualités de technicité et de neutralité d'un professionnel. L'exemple de la Convention signée en Alsace entre l'Union Régionale des professionnels de santé regroupant les Médecins Libéraux (URML), Migrations Santé Alsace (MSA) et l'Agence Régionale de Santé (ARS) devrait être généralisé. (28) Elle permet aux médecins libéraux qui en font la demande de disposer gratuitement d'un interprétariat professionnel.

Le travail en collaboration avec d'autres acteurs de santé pourrait être développé afin de donner plus de moyens aux médecins pour prendre en charge les précaires. Par exemple, des actions coordonnées avec le Conseil de l'Ordre des Médecins ou la Caisse Primaire d'Assurance Maladie pourraient permettre la diffusion d'outils à un plus grand nombre de médecins et la sensibilisation des professionnels via les supports de diffusion d'informations de ces structures (newsletter, journaux mensuels, etc.)

## **INDEX DES TABLES**

Tableau 1 - Principaux résultats des contacts avec les médecins généralistes.....	17
---	----

## BIBLIOGRAPHIE

- (1) Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel, n°6 du 28 février 1987.
- (2) Institut national de la statistique et des études économiques. Fiches thématiques. Revenus, niveaux de vie. [en ligne]. 2013, n°4.3, [consulté le 20/04/14]. Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/FPORSOC13n\\_FTL04revenu.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC13n_FTL04revenu.pdf)
- (3) Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés. L'état du mal-logement en France. 19<sup>ème</sup> rapport annuel. Liévin: L'Artésienne; 2013.
- (4) Moquet M, Potvin L. Inégalités sociales de santé, connaissances et modalités d'intervention. La santé de l'homme 2011;414:7-8.
- (5) Médecins du Monde. Rapport d'activité 2013. Lyon; 2014.
- (6) Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis. 40 propositions pour un choc de solidarité. Rapport au premier ministre. Septembre 2013.
- (7) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Minima sociaux et prestations sociales. Paris: Nadine Gautier; 2013.
- (8) Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la Mission France. Rapport 2012. Octobre 2013.
- (9) Izambert C. Les associations, dernier lieu d'expérimentations de l'Etat dans la lutte contre les inégalités de santé ? In: Médecins du Monde. Santé publique et grande précarité : états des lieux et questions éthiques. Actes du colloque de Médecins du Monde dans le cadre du congrès de novembre 2011 de la société française de santé publique. Paris; 2012. p. 9-13
- (10) République française. Loi n°99-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. JO 18 juillet 1998;175: 11679-709.
- (11) République Française. Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions. 21 janvier 2013.
- (12) République française. Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle. JO 28 juillet 1999;172: 11229-49.
- (13) Le défenseur des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME. Rapport remis au Premier Ministre. Mars 2014.
- (14) Fonds CMU. CMU de base, CMU complémentaire, Aide pour une Complémentaire Santé, Aide Médicale de l'état. Des dispositifs d'aide pour favoriser l'accès aux soins. [en ligne]. 31

décembre 2013, [page consultée le 3/04/2014]. Disponible sur : [http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Presentation\\_dispositifs.pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Presentation_dispositifs.pdf)

(15) Ville de Lyon. Direction du développement territorial. Observatoire de la santé des lyonnais. Rapport 2012. Edition 2013.

(16) Chauveaud C, Demezière D, Dethvre, *et al.* L'envers de la « fraude sociale » : le scandale du non-recours aux droits sociaux. Paris: La découverte; 2012.

(17) Médecins du Monde. Synthèse des recommandations. Séminaire CASOs. 12-13 octobre 2012. Paris.

(18) Médecins du Monde. Accueil du CASO. Lyon; 2013.

(19) Institut Atlantique d'Aménagement des Territoires. Guide méthodologique du travail en commun. [en ligne]. 2005, [consulté le 19/03/14]. Disponible sur : [http://www.iaat.org/telechargement/guide\\_methodo/guide\\_methodo\\_complet.pdf](http://www.iaat.org/telechargement/guide_methodo/guide_methodo_complet.pdf)

(20) Médecins du monde. Collecte de données. Méthodes qualitatives. 2009.

(21) Médecins du Monde. Données statistiques internes 2013.

(22) Mannoni C, Jacquet F, Wandscheer C, Pluye P. Manuel de planification des programmes de santé. Médecins du Monde. Rennes: ENSP; 2006.

(23) Diao O. Le XXI<sup>e</sup> siècle : vers une nouvelle phase de professionnalisation des ONG ? Exemple : la prise en compte de la satisfaction des usagers du Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation de Médecins du Monde à Lyon. [Mémoire de Master of Science Manager de Projets Internationaux]. Lyon: Ecole Supérieure de Commerce et de Développement 3A; Lyon.

(24) Rivollier E, Piegay E, Scavion A. Exclusion. Quelle prise en compte par l'hôpital ? Quelles liaisons avec le territoire ? Revue hospitalière de France n°550 Janvier Février 2013, p41-46.

(25) Lamoureux P. L'approche participative dans un projet de santé. La santé de l'homme 2006;382:12.

(26) France Bénévolat. La gestion des Ressources Humaines Bénévoles. Une responsabilité essentielle des associations. [en ligne]. [consulté le 10/05/2014]. Disponible sur : [http://www.francebenevolat.org/uploads/media/documents/synthese\\_CIA\\_internet\\_2.pdf](http://www.francebenevolat.org/uploads/media/documents/synthese_CIA_internet_2.pdf)

(27) Brugnot T, Sanchez E. Rapport de mission CASO Médecins du Monde. Octobre 2013.

(28) URML-Alsace. Interprétariat en milieu médical libéral. [en ligne]. 2012, [consulté le 6/12/13]. Disponible sur : [http://www.urml-alsace.fr/media/pdf/AAS\\_Plaquette\\_2012.pdf](http://www.urml-alsace.fr/media/pdf/AAS_Plaquette_2012.pdf)

## ANNEXES

### 1. Chronogramme correspondant à la période de stage

	NOV	DEC	JAN	FEV	MAR	AVR
<b>Analyse du contexte</b>						
Lectures / observation					NANCY	
Réalisation d'entretiens						
Benchmarking (autres CASO)						
Bilan						
<b>Phase-test Contact MdV</b>						
Villeurbanne						
<b>Elaboration des outils d'orientation et de suivi</b>						
Création des cartes pour classeur d'orientation						
Mise à jour du classeur						
Cartes pour les squats et tutoriel						
Outils de suivi des orientations						
<b>Phase Expansion Contact MdV</b>						
Lyon 7						
Vénissieux						
Vaulx-en-Velin						
Lyon 3						
Lyon 2						
Lyon 8						
<b>Conception livret pour med partenaires</b>						
<b>Capitalisation du projet</b>						
<i>Réunions du groupe de travail "MdV"</i>						

## 2. Trames d'entretien

### Trame d'entretien : enquête menée auprès des médecins de ville recevant des patients orientés par MdM

**Objectif :** Identifier les freins et leviers concernant l'orientation des patients en situation de précarité vers la médecine de ville (MdV) afin de faciliter leur orientation et leur suivi à l'aide d'outils adaptés et de mettre en place un partenariat valorisant pour les MdV.

**Modalités :** L'entretien est anonyme, confidentiel et volontaire. La personne peut ne pas répondre à des questions qui la gênent.

**Date :** .. / .. / ..

#### Questions

- ✓ Concernant les patients orientés par MdM, combien représente-t-il de patients par mois ?
- ✓ Depuis combien de temps accueillez-vous des patients envoyés par MdM ?
- ✓ Qu'est-ce qui vous a poussé à accepter ces demandes d'orientation ?
- ✓ Avez-vous un suivi régulier de certains patients ?
- ✓ Globalement, comment se déroulent les consultations avec les patients orientés par MdM ?
- ✓ Quels sont les difficultés ou obstacles rencontrés ?
  - au niveau administratif, notamment AME
  - avec patient(s) (prise RDV, ponctualité, autres ?)
- ✓ Si problème de la barrière de la langue :
  - Quelles solutions utilisez-vous ?
  - Langue parlée ?

#### Lien avec Mdm

- ✓ Comment trouvez-vous le lien que vous avez (eu) avec les soignants qui orientent ?
  - Suffisant ? Satisfaisant ?
- ✓ Vous arrive-t-il de faire des retours à MdM suite à l'orientation de ces patients ? Si non, pour quelles raisons ?
- ✓ Le projet sur lequel on travaille : développer un véritable partenariat avec les médecins de ville pour garantir une orientation de qualité (formaliser ensemble les modalités et le nombre de rendez-vous, vous proposer un livret facilitateur de la prise en charge de la personne précaire (données sociales - CMU, AME - et structures locales), proposer des rencontres pendant l'année pour avoir des rappels législatifs, par exemple, et des temps d'échanges de pratique clinique avec nos médecins).
  - Est-ce que vous auriez un avis sur un tel partenariat ?
  - Besoins particuliers ? Suggestions ?
  - Par quels moyens préféreriez-vous être contacté dans le cadre de cette démarche de partenariat ? (courrier, téléphone, mail ?)
- ✓ Avez-vous d'autres points sur lesquels vous souhaiteriez vous exprimer ?

**Durée de l'entretien :**



**Trame d'entretien : enquête menée auprès des soignants du CASO ou de la mission squats orientant vers la médecine de ville (MdV)**

**Objectif :** Identifier les **difficultés et les besoins** en matière d'orientation vers la MdV afin de créer des outils d'orientation et de suivi adaptés.

**Modalités :**

- L'entretien est anonyme, confidentiel et volontaire. La personne peut ne pas répondre à des questions qui la gênent.
- L'autorisation d'enregistrer est demandée à la personne interrogée afin de mieux l'écouter. L'enregistrement servira à un usage personnel et ne sera pas diffusé.

**Date :** .. / .. / ..

**Personne interrogée :**

- Médecin CASO
- Infirmière CASO
- Infirmière régulation CASO
- Médecin mission Squats

**Questions :**

- ✓ Dans quel(s) cas orientez-vous un usager vers la médecine de ville ?
- ✓ Vers quel type de professionnel libéral orientez-vous ?
- ✓ Comment se déroule l'orientation d'un usager vers la médecine de ville ?
- ✓ Utilisez-vous des outils ou supports ? Si oui :
  - lesquels ?
  - sont-ils satisfaisants ? sont-ils suffisants ?
- ✓ Rencontrez-vous des difficultés ou obstacles lors de l'orientation ?
  - Si oui, lesquels ?
  - Si non, la barrière de la langue ? la prise de RDV avec un médecin de ville (refus ou conditions) ?
- ✓ Qu'est ce qui pourrait être amélioré pour faciliter l'orientation des patients ?
- ✓ Comment expliquez-vous au patient le lien entre sa couverture sociale et le fait qu'il puisse/doive consulter en ville ?
- ✓ Avez-vous déjà eu des retours suite à ces orientations :
  - De la part des patients ? Lesquels ?
  - De la part des MdV ? Lesquels ?
- ✓ Avez-vous déjà sollicité l'intervention d'un accompagnateur pour faciliter l'orientation ?
  - Si oui, dans quel cas ?
  - Si non, pour quelles raisons ?
- ✓ Avez-vous d'autres points sur lesquels vous souhaiteriez vous exprimer ?

**Durée de l'entretien :**

### 3. Lettre-type à destination des partenaires potentiels

MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT दुनिया के डॉक्टर MÉDECINS DU MONDE 世界医生组织 DOCTORS OF THE WORLD منظمة أطباء العالم LÄKARE I VÄRLDEN MEDICI DEL MONDO ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ DOKTERS VAN DE WERELD MÉDICOS DO MUNDO 世界の医療団 ÄRZTE DER WELT



Aquitaine | Bretagne | Corse | Franche-Comté | Ile-de-France | Languedoc-Roussillon | Lorraine | Midi-Pyrénées | Normandie |  
as de Calais | Océan Indien | Pays de Loire | Poitou-Charentes | Provence-Alpes-Côte-D'azur | **Rhône-Alpes**

Cher confrère,

Je vous sollicite au nom de Médecins du Monde car **nous avons besoin de votre aide**.

Dans l'agglomération lyonnaise, Médecins du Monde met en œuvre trois actions à destination des personnes défavorisées :

- Le Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) à Lyon 1<sup>er</sup>,
- La mission bus, places Carnot et Jean Macé,
- La mission squats et bidonvilles.

Notre travail de terrain consiste à apporter les soins nécessaires aux personnes démunies et à les accompagner pour ouvrir leurs droits potentiels à une couverture maladie.

Afin de **réduire les difficultés d'accès aux soins** de ces patients défavorisés, Médecins du Monde vous propose de devenir « **MEDECIN-PARTENAIRE** » :

- Une fois leurs **droits ouverts** (CMU, AME ...), Médecins du Monde **réoriente** les patients vers le système de santé de droit commun, et en premier lieu, vers le **médecin généraliste**, professionnel de proximité et de premier recours en termes d'accueil, de soin et de prévention.
- Nous déterminerons ensemble les **modalités de ce partenariat avec la volonté de ne pas vous surcharger**: nombre maximum d'orientations par mois, modalités de prise de rendez-vous, langues parlées possibles, etc.
- A tout moment, ce partenariat pourra être modifié ou interrompu à votre simple demande.

Nous vous proposons une brève **rencontre** d'une dizaine de minutes **avec un médecin** bénévole de Médecins du Monde, aux lieux et horaires qui vous conviennent, afin d'échanger ensemble sur une potentielle collaboration et sur les **outils que nous pourrions mettre à votre disposition** pour faciliter la prise en charge de ces patients précaires (livret sur les droits sociaux, échange de pratiques...).

Si cette proposition vous intéresse ou pour toute demande d'information complémentaire, vous pouvez nous contacter de préférence avant le 14 février :

- Par mail : [mf.lyon@medecinsdumonde.net](mailto:mf.lyon@medecinsdumonde.net)
- Par téléphone : 04.78.89.99.99 (demander Yohanna Depierre)

Je vous prie d'agréer, cher confrère, l'expression de mes salutations solidaires.

(signature)

(signature)

Dr. X X, médecin bénévole

Yohanna Depierre, chargée de projet

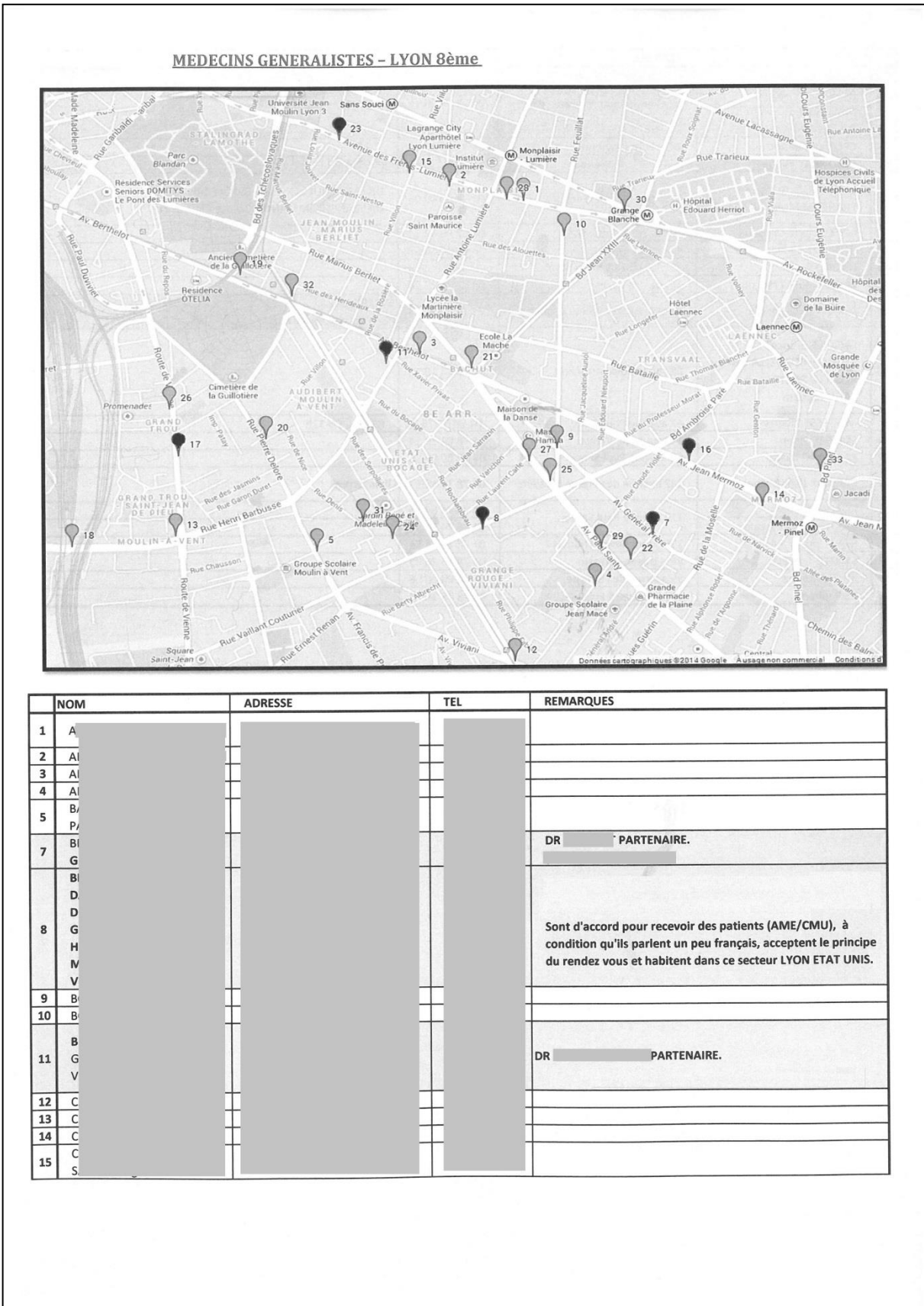
13, rue Sainte Catherine – 69001 LYON

t. +33(0) 4 78 29 59 14 - t. +33(0) 4 78 89 99 99

f. +33(0) 4 26 84 78 08 - [rhone-alpes@medecinsdumonde.net](mailto:rhone-alpes@medecinsdumonde.net)

[www.medecinsdumonde.org](http://www.medecinsdumonde.org)

## 4. Exemple d'outils réalisé : carte des médecins de ville



	NOM	ADRESSE	TEL	REMARQUES
16	C G M P			DR [REDACTED] PARTENAIRE.
17	C			
17	D			PARTENAIRE.
18	E F			DR [REDACTED] CS libre 14H 20H DR [REDACTED] CS libre 7h 14h
19	G			
20	G			
21	H			
22	J/ J			
23	J			PARTENAIRE. Parle un peu anglais.
24	L R R Z			
25	M			CS libre 9h-12h
26	M			
27	P			
28	R			
29	R B			
30	R			
31	S			
32	X			
33	Y			



## RESUME

A travers ses missions en France, Médecins du Monde a pour objectifs d'accueillir, de soigner et d'orienter vers le système de droit commun les personnes précaires exclues du système de soin,

A Lyon, un groupe de travail s'est constitué pour mener une réflexion sur l'orientation des usagers ayant des droits ouverts. L'objectif de notre projet est de créer un réseau local de médecins généralistes partenaires.

Les résultats issus d'une analyse de contexte, de la mobilisation d'autres délégations de l'association et d'une enquête qualitative ont permis de définir les modalités de création de ce réseau de médecins et la mise en œuvre d'outils adaptés aux différents acteurs.

Au total, 358 partenaires potentiels ont été contactés et 29 ont accepté le partenariat. Un livret de soutien à la prise en charge a été rédigé. Des outils ont été conçus comme des cartes localisant les médecins dans l'agglomération pour les équipes bénévoles et un cahier de suivi des orientations.

MOTS CLEFS : INEGALITE SOCIALE – RESEAU – MEDECINE VILLE – ORIENTATION – ACCES SOINS

## ABSTRACT

Through its missions in France, Médecins du Monde aims at welcoming, treating, and guiding fragile people excluded from the healthcare system to the common right system.

A work group was created in Lyon to reflect on how to guide users with acquired social security rights. Our project aims at creating a local network of partner general practitioners.

Results from a context analysis, the engagement of other delegations of the association, and a qualitative investigation enabled defining the conditions under which this network of practitioners could be created, as well as developing appropriate tools for each player.

In total, 358 potential partners were contacted and 29 accepted the partnership. A booklet in support of medical care was written. Tools were designed, for example maps locating practitioners in the city for teams of volunteers, and a storybook of orientations.

KEYWORDS : SOCIAL INEQUALITY – NETWORK – CITY HEALTHCARE – ORIENTATION – HEALTHCARE ACCESSIBILITY

MEDECINS DU MONDE – 13 RUE SAINTE-CATHERINE 69001 LYON