



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-thesesexercice-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.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Mme Jacky KALMES

le 6 février 2015

**LA GESTION DE L'URGENCE SOCIALE EN MEDECINE GENERALE
DE VILLE:**

UNE ENQUETE QUANTITATIVE AUPRES DES MEDECINS
GENERALISTES DE NANCY

Examineurs de la thèse :

Mr le Pr Pierre-Edouard Bollaert: Président

Mr le Pr Cyril Schweitzer: Juge

Mme le Pr Christine Perret-Guillaume: Juge

Mme le Dr Sabine Daguerre-Haouy: Juge et directrice de thèse

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine: Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine: Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens:

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs:

Premier cycle: Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle: Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle: Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques: Pr Bruno CHENUUEL

Formation à la recherche: Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique: Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures: Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES: Dr Laure JOLY

Relations Grande Région: Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant: M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie: Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire: Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales: Pr Annick BARBAUD

Orthophonie: Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES: Dr Chantal KOHLER

Plan Campus: Pr Bruno LEHEUP

International: Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick
NETTER - Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain
BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY -
Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL -
Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-
Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain
GAUCHER - Pierre GAUCHER
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro
GUERCI - Claude HURIET
Christian JANOT - Michèle KESSLER – François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri
LAMBERT - Pierre LANDES
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
- Bernard LEGRAS
Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU -
Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-
Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON – François PLENAT -
Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine
RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel
SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard
VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre
VILLEMOT - Michel WAYOFF
Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD
– Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeure
Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLERE
Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD –
Professeur François PLENAT Professeur Jacques POUREL - Professeur Michel SCHMITT –
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET -
Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section: MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section: (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section: (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44^{ème} Section: BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1^{ère} sous-section: (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL

Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section: (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section: (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section: MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section: (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section: (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section: (Maladies infectieuses; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section: SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section: (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section: (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section: (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section: (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section: CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section: (Hématologie; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section: (Cancérologie; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section: (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section: (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section: ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section: (Anesthésiologie - réanimation; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT

Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section: (Réanimation; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section: (Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

Professeur J.Y. JOUZEAU (pharmacien)

4^{ème} sous-section: (Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49^{ème} Section: PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section: (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ

Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section: (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section: (Psychiatrie d'adultes; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section: (Pédopsychiatrie; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section: (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section: PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section: (*Rhumatologie*)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLÉ

2^{ème} sous-section: (*Chirurgie orthopédique et traumatologique*)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section: (*Dermato-vénéréologie*)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section: (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie*)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section: PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section: (*Pneumologie; addictologie*)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section: (*Cardiologie*)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIÈRE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3^{ème} sous-section: (*Chirurgie thoracique et cardiovasculaire*)

Professeur Thierry FOLLIGUET

4^{ème} sous-section: (*Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire*)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section: MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section: (*Gastroentérologie; hépatologie; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section: (*Néphrologie*)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section: (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section: MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section: (*Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section: (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section: DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section: (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO

Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section: (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section: (*Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale*)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section: (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section: PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section: (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section: (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD

Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section: (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section: GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section: MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section: (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section: (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section: (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section: BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section: (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section: (*Radiologie et imagerie médecine*)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA (*stagiaire*)

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section: (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA –
Docteur Abderrahim OUSSALAH (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section: (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section: (*Biologie Cellulaire*)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section: MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section: (*Bactériologie – Virologie; hygiène hospitalière*)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section: (*Parasitologie et mycologie (type mixte: biologique)*)

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section: (*Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales*)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section: SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric
BAUMANN – Docteure Nelly AGRINIER (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section: CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie; transfusion: option hématologique (type mixte: clinique)*)

Docteur Aurore PERROT (*stagiaire*)

2^{ème} sous-section: (*Cancérologie; radiothérapie: cancérologie (type mixte: biologique)*)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section: (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section: ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section: (*Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique*)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-
BERTOLA

50^{ème} Section: PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section: (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section: (*Dermato-vénéréologie*)

Docteure Anne-Claire BURSZEJN

4^{ème} sous-section: (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie*)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section: PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section: (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section: (*Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section: MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section: (*Gastroentérologie; hépatologie; addictologie*)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX (*stagiaire*)

53^{ème} Section: MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section: (*Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; médecine générale; addictologie*)

Docteure Laure JOLY

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section: SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section: SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section: MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section: GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section: BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL
Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section: BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER –
Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section: PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A NOTRE PRESIDENT DE JURY:

Mr le Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Professeur de réanimation médicale et de médecine d'urgence
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez
à notre travail ainsi que de nous avoir fait l'honneur
d'accepter la présidence du jury de notre thèse.

A NOTRE JUGE

Mr le Pr Cyril SCHWEITZER

Professeur de Pédiatrie

Pour nous avoir fait l'honneur d'être membre de
notre jury.

Veillez trouver ici l'expression de notre profond
respect et de notre grand estime.

A NOTRE JUGE

Mme le Pr Christine PERRET-GUILLAUME

Professeur de Médecine Interne

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants de
l'intérêt que vous portez à notre travail en acceptant
de le juger.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect et
de nos sincères remerciements.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE

Mme le Dr Sabine DAGUERRE-HAOUY

Médecin urgentiste

Nous vous sommes sincèrement reconnaissants de l'intérêt que vous avez porté à notre travail en acceptant de le diriger.

Nous vous sommes très reconnaissants de nous avoir choisi ce sujet et de nous avoir fait confiance pour la réalisation de ce travail.

Nous vous remercions pour votre soutien, votre compréhension, votre aide et votre disponibilité.

Pour leur collaboration à ce travail, nous remercions:

Mr Rodrigue VARNIER,
Assistant Social au Service d'Accueil d'Urgence de
Nancy, pour son aide précieuse dans la réalisation de
ce travail

Mme Caroline PIERRAT,
Conseillère Technique en Travail Social,
Responsable du Service Adultes Vulnérables à la
Direction du Développement Social au Conseil
Général, Nancy

Mme Karen SOMVEILLE,
Directrice Territoriale Adjointe au Développement
Social, Maison du Département Nancy et couronne

Mme Myriam NOEL,
Responsable du Service Social, Maison du
Département Nancy et couronne

Mme Carmen DOUMENE,
Responsable de la CEMMA au Conseil Général,
Nancy

Mme Catherine AUTISSIER,
Conseillère Conjugale et Familiale à la CIDFF,
Nancy

Mr le Dr Alain CRITON,
Médecin Généraliste et expert en précarité, Nancy

Mme Sylviane HOPFNER-RIBOLINI,
Travailleur Social à l'ARS Centre Pierre Vivier,
Nancy

Mme RAMBOURG,
Assistante Sociale à la PASS de l'Hôpital Central,
Nancy

Un grand merci à:

Mika pour ton soutien et tes encouragements tout au long de ce travail. Merci pour ton amour qui me fait tant de bien et merci pour tes délicieux repas du dimanche midi

mes parents de m'avoir donné l'opportunité de faire des études de médecine et de pouvoir pratiquer le plus beau métier du monde dont je rêvais déjà en étant petite fille

mes grand-parents, dont trois ne sont plus parmi nous, qui m'ont soutenu tout au long de ma vie et qui ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui

à ma meilleure amie, Delia pour les discussions et soirées entre filles

à tous ceux que j'ai pu croiser sur mon chemin et qui m'ont influencé d'une façon ou d'une autre

et pour ne pas oublier, merci à toi Léo pour tes câlins doux et ton pelage soyeux

Serment:

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Sommaire:

1. Introduction:.....	20
2. Généralités:	22
2.1. Définitions:.....	22
2.1.1. Urgence sociale:.....	22
2.1.2. Maltraitance de majeurs vulnérables:.....	23
2.1.3. Maltraitance de mineurs:.....	23
2.1.4. Violences conjugales:.....	23
2.1.5. Précarité:	23
2.1.6. Accès aux soins:.....	24
2.1.7. Maintien à domicile de la personne âgée:.....	24
2.2. Présentation des différentes structures intervenant dans le domaine de l'urgence sociale:	24
2.2.1. Service d'Adultes Vulnérables (SAV):.....	24
2.2.2. N° téléphonique 3977 « Allô Maltraitance Personnes Agées Personnes Handicapées »:.....	24
2.2.3. Cellule pour la protection de l'Enfance en Meurthe-et-Moselle Accueil (CEMMA):	25
2.2.4. Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF):.....	29
2.2.5. N° téléphonique 3919 « Violences Femmes Info »:	30
2.2.6. Centre Médico-Social (CMS):.....	31
2.2.7. La Protection Maternelle et Infantile (PMI):.....	32
2.2.8. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE):.....	37
2.2.9. Centre Communal d'Action Sociale (CCAS):.....	38
2.2.10. Accueil et Réinsertion Sociale (ARS):.....	41
2.2.11. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS):.....	45
2.2.12. Réseau gérontologique Gérard Cuny:.....	45
2.2.13. Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC):.....	47
2.2.14. Service territorial Personnes Agées-Personnes Handicapées (PAPH) du Conseil Général:.....	47
2.2.15. Unité de Gériatrie d'Entrées Directes (UGED):.....	48
2.3. Le CRRA en chiffres:.....	49
2.4. Expérience d'autres CHU en matière de gestion d'appels à caractère social:.....	49

2.4.1. SAMU 76A (Rouen):.....	49
2.4.2. SAMU 38 (Grenoble):	51
2.4.3. SAMU 15 (Aurillac):	52
3. Matériel et Méthode:	54
4. Première partie: les fiches de transmission.....	56
4.1. Description des cas:	56
4.2. Analyse des cas:.....	59
4.3. Commentaire:.....	60
5. Deuxième partie: l'enquête.....	60
5.1. Résultats de l'enquête:.....	60
5.1.1 Maltraitance de majeurs vulnérables:.....	61
5.1.2. Maltraitance de mineurs:.....	65
5.1.3. Violences conjugales:.....	69
5.1.4. Précarité:.....	73
5.1.5. Accès aux soins:.....	77
5.1.6. Maintien à domicile difficile de la personne âgée/handicapée:.....	81
5.1.7. Autres situations signalées lors de l'enquête:.....	85
5.2. Discussion:	86
5.2.1 Maltraitance de majeurs vulnérables:.....	86
5.2.2. Maltraitance de mineurs:.....	87
5.2.3. Violences conjugales:.....	88
5.2.4. Précarité:.....	89
5.2.5. Accès aux soins:.....	89
5.2.6. Maintien à domicile difficile de la personne âgée/handicapée:.....	90
5.3. Critique de l'enquête:.....	91
6. Troisième partie: le référentiel.....	92
6.1. Maltraitance de majeurs vulnérables:	92
6.2. Maltraitance de mineurs:.....	94
6.3. Violences conjugales:.....	96
6.4. Précarité:.....	99
6.5. Accès aux soins:.....	101
6.6. Maintien à domicile difficile de la personne âgée:.....	103
7. Revue de la littérature:	107
7.1. Revue de thèses d'exercice:.....	107

7.2. Revue de référentiels existants:.....	110
7.3. Revue d'articles de la presse scientifique:.....	114
7.3.1. Maltraitance de majeurs vulnérables:.....	114
7.3.2. Maltraitance de mineurs:.....	115
7.3.3. Violences conjugales:.....	116
7.3.4. Accès aux soins:.....	116
7.3.5. Maintien à domicile difficile de la personne âgée:.....	117
8. Conclusion:	119
9. Bibliographie:.....	120
10. Annexes:.....	124

1. Introduction:

Le premier mars 2012 une nouvelle procédure de traitement des appels relevant de l'urgence sociale a été mise en place au centre de réception et de régulation des appels (CRRA) de Meurthe-et-Moselle. Du fait de l'augmentation considérable des appels à caractère social et de la durée de gestion plus importante de ces appels, cette nouvelle procédure a vu le jour. Elle est basée sur le dispositif du SAMU 38 du CHU de Grenoble, qui a mis en place ce système en novembre 2007.

Les appels d'ordre social, souvent de nature complexe, car présentant plusieurs problématiques intriquées, ne peuvent être pris en charge par un médecin régulateur urgentiste, de part leur caractère chronophage. Les appels d'ordre purement médical sont privilégiés.

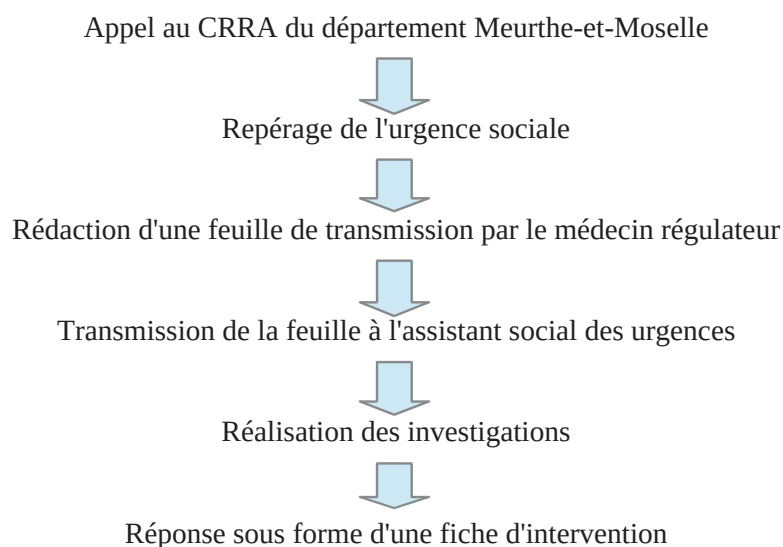
En vue de faire face à ces appels, un assistant social est désormais en charge de la suite du dossier une fois l'urgence sociale repérée.

Au moment de la réception de l'appel, le médecin régulateur remplit une fiche de transmission destinée à l'assistant social (voir annexe 1) et il en informe la personne ayant réalisé l'appel. Sur cette fiche de transmission est renseigné le nom de l'appelant, le nom de la personne concernée, le motif d'intervention et les coordonnées des personnes à contacter pour la suite de la prise en charge.

Cette fiche est transmise directement à l'assistant social des urgences (avec une information orale supplémentaire si possible) afin d'assurer une prise en charge rapide du dossier. L'assistant social va recontacter la personne concernée et procéder à son enquête sociale pour tenter de proposer une solution.

L'assistant social réalise une synthèse de son intervention sous forme d'une fiche de réponse (voir annexe 2) sur laquelle figure l'identité de la personne ainsi que les détails de son intervention et des solutions proposées. Sur une période d'un an (mars 2012 – avril 2013), 35 fiches d'intervention ont ainsi été recueillies.

Il faut préciser que c'est le médecin régulateur qui décide s'il fait une transmission du dossier à l'assistant social selon le degré d'importance et de difficulté accordé à la situation. Ceci explique le faible nombre de 35 fiches d'intervention recueillies en un peu plus d'un an. Beaucoup de situations relevant du social sont directement traitées par le médecin régulateur sans sollicitation de l'assistant social.



En sachant que les appels d'ordre social, entrant au Centre 15, proviennent de patients du milieu ambulatoire, qui sont pour la plupart, suivis par des médecins généralistes libéraux, et en partant du principe que ces derniers sollicitent de plus en plus souvent les assistants sociaux des urgences de Nancy, à la recherche de soutien dans la gestion de situations sociales urgentes. Il semble donc y avoir une vraie nécessité d'information et d'assistance.

Afin d'étayer cette hypothèse, nous avons réalisé une enquête, sous forme de questionnaire, destinée aux médecins généralistes de Nancy, dans laquelle nous nous sommes renseignés sur les situations sociales urgentes rencontrées, leurs fréquences, les décisions prises ainsi que le besoin en information afin de mieux gérer ces situations.

L'analyse des fiches de transmission et d'intervention, mentionnées ci-dessus, aura comme unique objectif de classer les cas en différents groupes d'urgence sociale (maltraitance de mineurs et majeurs vulnérables, violences conjugales, maintien à domicile difficile, misère sociale, accès aux soins) qui serviront de base au questionnaire.

En cas de confirmation de notre hypothèse, nous allons proposer un référentiel utilisable et diffusable en cabinet de médecine générale ambulatoire afin de donner une réponse plus rapide et surtout plus adaptée en cas de confrontation à une situation relevant de l'urgence sociale.

La démarche détaillée sera exposée dans le paragraphe 3: Matériel et Méthode.

2. Généralités:

2.1. Définitions:

2.1.1. Urgence sociale:

La notion d'urgence sociale suscite un vrai débat. C'est une notion mal définie où les représentations imaginaires sont de tout ordre. Entre priorité et détresse, elle peut surgir à tout moment. Obtenir une réponse rapide, faire valoir un bon droit, faire entendre sa souffrance, entraîne souvent l'affirmation d'une urgence. C'est toute la subjectivité d'un être qui s'exprime. Face à la polysémie du concept d'urgence sociale, nous le définirons comme: la nécessité d'intervenir immédiatement et d'apporter une réponse, dès lors qu'il s'agit d'une situation imprévue, estimée menaçante et mettant les conditions d'existence de personnes et/ou familles en péril.

(1)

2.1.2. Maltraitance de majeurs vulnérables:

La maltraitance: consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales; les violences matérielles et financières; l'abandon; la négligence; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect.

(2)

Un majeur vulnérable: est toute personne de plus de 18 ans, dont la particulière fragilité est due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse.

(3)

2.1.3. Maltraitance de mineurs:

La maltraitance de mineurs désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes, de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes.

(4)

2.1.4. Violences conjugales:

La violence conjugale englobe tous les actes de violence dirigés contre le conjoint, et causant ou pouvant causer aux conjoints un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée.

(5)

2.1.5. Précarité:

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

(6)

2.1.6. Accès aux soins:

L'accès aux soins peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographiques ou autres lors de l'utilisation de ces services.

(7)

2.1.7. Maintien à domicile de la personne âgée:

Le concept du maintien à domicile résume l'ensemble des moyens personnalisés mis en œuvre pour permettre à une personne âgée en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elle dans de bonnes conditions.

(8)

2.2. Présentation des différentes structures intervenant dans le domaine de l'urgence sociale:

2.2.1. Service d'Adultes Vulnérables (SAV):

Le service d'adultes vulnérables est partie intégrante du Conseil Général, il est situé 48, Esplanade Jacques Baudot 54035 NANCY.

Le personnel est composé de conseillers et d'assistants sociaux.

Les missions de ce service sont principalement de 2 natures:

- évaluer les situations préoccupantes signalées aux Conseil Général concernant la maltraitance d'adultes vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées)
- gérer les décisions prises dans les suites de l'évaluation des informations préoccupantes:
 - ✖ pas de suites
 - ✖ accompagnement, instructions, aides
 - ✖ mesure de protection sociale (mesure d'accompagnement social personnalisé)
 - ✖ mesure de protection judiciaire (curatelle, tutelle...)
 - ✖ signalement relevant du pénal (pour abus de faiblesse ou maltraitance): transmission du dossier au parquet

(9)

2.2.2. N° téléphonique 3977 « Allô Maltraitance Personnes Agées Personnes Handicapées »:

- numéro national unique et traitement local des situations
- ouvert du lundi au vendredi de 9 h à 19 h

Ce numéro est destiné:

- aux personnes âgées et aux personnes handicapées, victimes de maltraitances
- aux témoins de situations de maltraitance (entourage privé et professionnel)
- aux personnes prenant soin d'une personne âgée ou handicapée et ayant des difficultés dans l'aide apportée

Mode de fonctionnement:

- écoute spécialisée, soutien, conseils
- suivi de chaque situation
- si souhaité, une prise en charge de proximité sera réalisée par les acteurs locaux

Objectifs:

- permettre le soutien sans être une thérapie, guider sans diriger
- prendre en compte la parole de l'appelant sans jamais la dénier
- refuser tout jugement sur le contenu des appels et les personnes impliquées
- respecter la confidentialité et les souhaits des appelants
- considérer l'appelant comme un partenaire actif de la résolution du problème exposé

(10)

2.2.3. Cellule pour la protection de l'Enfance en Meurthe-et-Moselle Accueil (CEMMA):

Située au Conseil Général: 48, Esplanade Jacques Baudot 54035 NANCY

Mise en place en 1990 en Meurthe-et-Moselle, la CEMMA est un lieu unique dans le département, de recueil et de traitement des informations préoccupantes. Les territoires peuvent être un lieu de recueil des informations préoccupantes et sont le lieu d'évaluation et de décision. La CEMMA est également en lien permanent avec les deux tribunaux de grande instance de Nancy et de Briey et avec l'ensemble des organismes et institutions qui ont signé le protocole formalisant leur engagement à respecter les modalités de fonctionnement prévues pour le traitement des informations relatives aux situations d'enfants en difficulté.

La CEMMA recueille des informations par téléphone N° AZUR 08 10 27 69 12, par écrit ou physiquement. La cellule recueille des informations à tout moment. Elle fonctionne de 8h30 à 17h30 en continu. A partir de 17h30, les week-ends et les jours fériés, le relais est assuré par le numéro national 119 « Enfance en Danger » basé à Paris mais en constante relation avec les structures départementales.

Traitement de l'information préoccupante à la CEMMA:

Recueil des informations préoccupantes:

- recueil de toutes les informations, quelle qu'en soit la nature ou l'auteur, afin de

garantir au mieux la protection de l'enfant concerné

- les informations émanant de citoyens inquiets pour un enfant ou de professionnels rencontrant régulièrement des enfants ou des professionnels de la protection de l'enfance

Analyse de premier niveau:

- Cette analyse de premier niveau répond à plusieurs questions:
 - ✗ S'agit-il d'une information préoccupante ? En d'autres termes, les faits évoqués laissent-ils supposer l'existence d'un risque de danger ou d'un danger au sens de l'article 375 du code civil.
 - ✗ Quelles informations en possession de l'aide sociale à l'enfance ou des services sociaux ou médico-sociaux peuvent éclairer sur la situation familiale et éventuellement, quelles sont les capacités de la famille à se mobiliser ?
 - ✗ Quels services interviennent pour soutenir la famille ?
 - ✗ Quel est le degré de préoccupation afin d'enclencher le traitement adéquat ?

Traitement de l'information préoccupante:

- en cas de suspicion de maltraitance grave (sévices, négligences lourdes..), l'information préoccupante sera directement transmise à l'autorité judiciaire pour évaluation et mise en place d'une protection judiciaire
- dans les autres cas, la cellule initie l'évaluation auprès des services concernés et avec la collaboration de la famille concernée

Retour de l'évaluation:

- proposition de prise en charge:
 - ✗ sans suite
 - ✗ suivi par la PMI
 - ✗ demande de protection administratives
 - ✗ saisie du procureur pour protection judiciaire

Suivi:

- le dispositif de protection mis en place sera évalué tout au long de son application pour juger de son efficacité

Détails sur la protection administrative:

La protection administrative rassemble l'ensemble des aides que l'aide sociale à l'enfance (ASE) peut proposer aux parents et à l'enfant et qui peuvent être mises en oeuvre avec leur accord.

Les aides peuvent être de natures diverses:

- aide à domicile (aide financière, technique de l'intervention sociale et familiale à titre éducatif, accompagnement en économies, aide éducative à domicile ...)
- accueil de jour
- mesure éducative et sociale de soutien à l'adolescent et à sa famille
- accueil provisoire

Accueil d'urgence en protection administrative:

Une disposition du code de l'action sociale et des familles (CASF) contenue dans l'article L.223-2 alinéa 2 permet d'organiser un accueil en urgence des mineurs, sans l'autorisation des représentants légaux:

«... En cas d'urgence et lorsque le représentant légal du mineur est dans l'impossibilité de donner son accord, l'enfant est recueilli provisoirement par le service qui en avise immédiatement le procureur de la République. Si le représentant légal est en mesure de donner son accord mais le refuse, le service saisit l'autorité judiciaire en vue de l'application de l'article 375-5 du code civil. Si, dans le cas prévu au deuxième alinéa du présent article, l'enfant n'a pas pu être remis à sa famille ou le représentant légal n'a pas pu ou a refusé de donner son accord dans un délai de cinq jours, le service saisit également l'autorité judiciaire en vue de l'application de l'article 375-5 du code civil (...).»

L'usage de cette possibilité est à articuler avec la décision du parquet de placer un mineur en urgence.

Cet accueil administratif est exceptionnel et recouvre des situations particulières où il est impossible de joindre les parents. Ce pourrait être le cas d'un enfant resté à l'école après la fermeture des classes et l'impossibilité pour les responsables de l'éducation nationale de joindre les parents qui ne sont pas venus reprendre l'enfant.

Néanmoins, un élément de danger supplémentaire peut induire le choix d'une saisine du procureur.

Par exemple : l'enfant resté à l'école après la fermeture des classes porte des traces de violence inexplicables. La loi du 5 mars 2007 prévoit une nouvelle modalité d'accueil en protection administrative pour les mineurs en rupture familiale dans l'article L.223-2 alinéa 5 du CASF:

« ...En cas de danger immédiat ou de suspicion de danger immédiat concernant un mineur ayant abandonné le domicile familial, le service peut, dans le cadre des actions de prévention, pendant une durée maximale de 72 heures, accueillir le mineur, sous réserve d'en informer sans délai les parents, toute autre personne exerçant l'autorité parentale ou le tuteur, ainsi que le Procureur de la République. Si au terme de ce délai le retour de l'enfant dans sa famille n'a pu être organisé, une procédure d'admission à l'aide sociale à l'enfance ou, à défaut d'accord des parents ou du représentant légal, une saisine de l'autorité judiciaire est engagée. »

Cette disposition autorise un hébergement ponctuel pour les jeunes en rupture relationnelle avec leurs parents ou en fugue. Cet accueil de 72 heures doit permettre de recueillir et de comprendre le point de vue du jeune, évaluer la situation. Le service de l'ASE doit informer sans délai les parents ainsi que le Procureur de la République.

Détails sur la protection judiciaire:

La protection judiciaire peut relayer la protection administrative lorsque l'enfant est en danger et que la collaboration et l'adhésion des parents ne sont pas ou plus possible ou que la protection administrative n'a pas permis de remédier à la situation de danger. La protection judiciaire des mineurs vise à supprimer le danger en permettant au magistrat de contraindre l'autorité parentale, si nécessaire, pour que les mesures de protection trouvent à s'appliquer.

La protection judiciaire est mise en oeuvre sous l'autorité du procureur de la République et du juge des enfants.

Les mesures judiciaires sont de natures diverses:

- aide à la gestion du budget familial
- assistance éducative en milieu ouvert
- relais éducatif parents enfants
- accueil de jour
- mesure éducative et sociale de soutien à l'adolescent et à sa famille
- placement

(11)

2.2.4. Centre d'Information sur les Droits des Femmes et des Familles (CIDFF):

Les CIDFF exercent une mission d'intérêt général confiée par l'Etat, dont l'objectif est de favoriser l'autonomie sociale, professionnelle et personnelle des femmes et de promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes.

Il y a 114 CIDFF en France dont un à Nancy au 1, rue du Manège qui accueille du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 14h à 17h30

L'activité d'un CIDFF se décline en 5 pôles:

Pôle de lutte contre les violences faites aux femmes:

- écouter, repérer, informer, accompagner et prévenir les violences sexistes (violences conjugales, viols, agressions sexuelles, mutilations sexuelles, mariages forcés)
- accompagnement spécifique et coordonné dans les démarches policières, judiciaires, médicales, sociales et professionnelles
- travail avec les réseaux de professionnels: bureau d'aide aux victimes (BAV) de la police, l'assistante sociale de la gendarmerie, l'unité médico-judiciaire (UMJ) pour évaluer l'incapacité temporaire totale (ITT), l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP), le Grand Nancy aides aux victimes (GNAV), les centre médico-sociaux (CMS), les associations d'auteurs (Terres à vivre...), service d'accueil et d'orientation (SAO) pour l'hébergement en urgence et bien d'autres...
- groupe de parole pour femmes victimes de violence

L'accès au droit:

- avec comme but de connaître ses droits et d'être aidé dans ses démarches
- des juristes informent sur les droits et obligations de la vie quotidienne (droit de la famille, droit social, droit de travail, droit locatif, démarches administratives)

La vie relationnelle familiale et parentale:

- avec comme but d'être soutenu dans les difficultés de la vie personnelle ou de couple
- la conseillère conjugale et familiale accueille, écoute, informe, accompagne et tient conseil
- la médiatrice familiale accompagne et guide pour organiser la vie de famille après une séparation
- première consultation gratuite, participation financière en fonction des revenus dès le deuxième entretien

L'insertion emploi:

- grâce au bureau d'accompagnement individualisé vers l'emploi (BAIE)
- information, orientation, accompagnement personnalisé pour l'élaboration d'un projet professionnel
- prise en compte des freins à la reprise d'emploi des femmes

Femmes relais:

- accompagnement dans les difficultés de la vie quotidienne
- démarches administratives, endettement, logement, chômage, scolarité des enfants, solitude, santé, violences, précarité

(12)

2.2.5. N° téléphonique 3919 « Violences Femmes Info »:

Depuis 1992 la Fédération Nationale Solidarité Femmes (FNSF) gère le service téléphonique national d'écoute « Violences Conjugales - Femmes Infos Services ». Depuis mars 2007, le service répond au 3919.

C'est un numéro d'écoute anonyme. Ce n'est pas un numéro d'appel d'urgence.

Une équipe d'écouteresses professionnelles assure une écoute bienveillante.

L'écouteresse instaure un climat de confiance qui permet à la personne de parler de la situation qui l'amène, de clarifier l'analyse qu'elle en fait.

L'objectif de cette écoute est de permettre à la personne d'agir, grâce à une information appropriée sur les démarches à suivre et sur le rôle des intervenants sociaux.

Si la personne le désire, elle peut être orientée vers une association spécialisée qui pourra l'accompagner dans ses démarches.

(13)

2.2.6. Centre Médico-Social (CMS):

55 centres médico-sociaux sont implantés en Meurthe-et-Moselle dont 20 sur le territoire de Nancy et couronne.

Le CMS est un équipement de proximité du Conseil Général composé d'une équipe pluridisciplinaire: secrétaires, médecins, sages-femmes et puéricultrices.

Les missions des CMS:

- informer, accompagner et protéger les personnes et les familles (enfants, adultes, personnes âgées et handicapées)
- mettre en oeuvre des actions de prévention et d'insertion adaptées à chacun dans le cadre de la lutte contre les exclusions
- mener des actions de santé en direction des familles, des enfants, des femmes enceintes

Les équipes travaillent en étroite collaboration avec les acteurs locaux (associations, acteurs publics, institutions). Elles participent à des démarches de réflexion et de diagnostics afin d'apporter les meilleures réponses aux besoins des publics rencontrés.

Les champs d'actions des CMS sont très variés (à titre d'exemple, liste non exhaustive):

- aide à l'ouverture de droits (tous les droits possibles: sécurité sociale, RSA...)
- aide à la prise en charge de problèmes médicaux récurrents
- aide au remplissage des dossiers maison départementale des personnes handicapées (MDPH)
- aide au remplissage des dossiers allocation pour personnes âgées (APA)
- alertes dans le cadre de la protection de l'enfance
- alertes dans le cadre des adultes vulnérables
- aide à la prise en charge de violences conjugales
- aide au logement
- mission de protection maternelle et infantile (PMI)

Les CMS sont communément appelés « assistante sociale du secteur » par la population, ce qui n'est pas tout à fait juste lorsqu'on considère les différents acteurs impliqués dans la prise en charge.

Toutes les situations relevant du social peuvent être prises en charge par l'intermédiaire de professionnels divers tels les assistantes sociales, les conseillères en économie sociale et familiale, les puéricultrices, les sages femmes et les médecins de la PMI.

(14)

2.2.7. La Protection Maternelle et Infantile (PMI):

La PMI est un service départemental, placé sous l'autorité du Conseil Général et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.

Le service est implanté au sein des CMS et composé de médecins, sages-femmes, infirmiers, psychologues, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, assistants sociaux, conseillers conjugaux et éducateurs de jeunes enfants.

La PMI organise des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes et des enfants de moins de 6 ans:

➤ *Consultations de suivi pour les enfants:*

✖ Objectifs:

- ✓ la loi prévoit vingt examens médicaux obligatoires entre 0 et 6 ans. Les parents peuvent faire pratiquer ces examens par un médecin de leur choix, pédiatre, généraliste ou en consultation de protection maternelle et infantile
- ✓ accompagner les familles dans le développement harmonieux de leurs enfants. Une prise en charge spécialisée sera proposée si nécessaire en cas de dépistage de troubles physiques, psychiques, sensoriels ou affectifs

✖ Bénéficiaires:

- ✓ les enfants de moins de 6 ans

✖ Procédure:

- ✓ l'édition et la diffusion des carnets de santé des enfants sont à la charge du Conseil général qui inclut dans ce document un courrier à l'attention des parents mentionnant les lieux, jours et horaires de consultation. Régulièrement, ces éléments sont rappelés et réactualisés par voie de presse

✖ Prestations proposées:

- ✓ les consultations de PMI se déroulent sur rendez-vous dans différents lieux
- ✓ elles sont gratuites pour toutes les familles et les frais afférents aux examens obligatoires sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie pour les familles assurées
- ✓ les familles et leurs enfants de moins de 6 ans sont accueillis par l'infirmière puéricultrice: écoute, conseils et accompagnement à la fonction parentale sont les principaux axes de ce temps; sont aussi réalisées les mesures de poids, taille, périmètre crânien, ...
- ✓ le médecin intervient dans un second temps pour l'examen médical et la suite de l'entretien de conseil avec la famille, les courbes des différentes mesures prises par l'infirmière sont actualisées. Les vaccinations sont effectuées en respectant le calendrier vaccinal
- ✓ le carnet de santé de l'enfant est mis à jour. Une orientation vers un médecin généraliste ou spécialiste peut être discutée si nécessaire

➤ *Consultations pré et postnatales, entretiens individuels et séances de préparation à la naissance:*

✖ Objectifs:

- ✓ favoriser l'accès au suivi médical de la grossesse
- ✓ contribuer au suivi médico-social des femmes enceintes confrontées à des difficultés médicales, psychologiques et/ou sociales

- ✖ Bénéficiaires:
 - ✓ les femmes enceintes domiciliées sur le département souhaitant bénéficier d'actions en complément du suivi médical et en liaison avec le médecin assurant ce suivi
- ✖ Procédure:
 - ✓ l'organisme chargé du versement des prestations familiales transmet au service de PMI les déclarations de grossesse établies lors du premier examen prénatal. Après saisie informatique, les déclarations sont réparties et adressées aux services ressources auxquels les sages-femmes du département sont rattachées. Un courrier de mise à disposition indiquant les prestations proposées par le médecin de planification et la sage-femme de PMI est alors envoyé systématiquement à la future mère
- ✖ Prestations proposées:
 - ✓ par les sages-femmes:
 - visites pré- et postnatales à domicile ou consultations dans certains centres de planification
 - entretiens individuels, notamment celui proposé systématiquement dans les premiers mois de la grossesse (entretien prénatal précoce)
 - séances collectives de préparation à la naissance
 - ✓ par les médecins de planification:
 - consultations pré- et postnatales dans les CMS

➤ *Protection de la santé maternelle et infantile à domicile:*

- ✖ Objectifs:
 - ✓ apporter écoute et soutien aux parents à l'occasion de l'arrivée d'un nouveau né
 - ✓ lutter contre l'isolement des familles
 - ✓ accompagner l'intégration sociale d'un enfant porteur de handicap ou la prise en charge d'un enfant faisant l'objet d'une mesure éducative
- ✖ Bénéficiaires:
 - ✓ les parents de nourrissons et d'enfants jusqu'à 6 ans
- ✖ Prestations proposées:
 - ✓ surveillance des indicateurs de croissance des nourrissons et enfants (poids, taille)
 - ✓ préconisations relatives aux soins d'hygiène, allaitement, alimentation,

sommeil, rythmes de vie

- ✓ soutien à la fonction parentale, observation/accompagnement du lien parent/enfant
- ✓ informations sur les modes de garde

✕ Procédure:

- ✓ les infirmières puéricultrices proposent des visites gratuites
- ✓ à réception des avis de naissance, elles adressent des courriers de mise à disposition
- ✓ elles peuvent également se rendre à domicile à la demande des familles ou en concertation avec les partenaires médicaux et sociaux ou sur proposition du service pour les enfants requérant une attention particulière pour des raisons médicales ou médico-sociales

➤ *Mission de médecine scolaire:*

✕ Objectif:

- ✓ assurer, grâce aux consultations et examens préventifs des enfants pratiqués notamment en école maternelle, la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations

✕ Bénéficiaires:

- ✓ les enfants de 3,5 à 4,5 ans, scolarisés en petite et moyenne section de maternelle

✕ Procédure:

- ✓ l'examen est réalisé hors consultation pour état pathologique de l'enfant, qui se veut systématique d'une tranche d'âge afin d'assurer la surveillance du développement de l'enfant, de sa situation vaccinale et de dépister précocement les troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage
- ✓ la plupart de ces bilans sont réalisés par les médecins de PMI; néanmoins les familles ont le choix de pouvoir les faire réaliser par le médecin de leur choix
- ✓ un recensement des enfants concernés est effectué en début d'année sur les listes d'inscription transmises après la rentrée scolaire aux équipes PMI par les différents établissements scolaires
- ✓ un courrier est adressé aux parents les invitant à se rendre avec leur enfant pour le bilan qui a lieu au sein de l'école, ils doivent apporter avec eux le carnet de santé de l'enfant et leur carte vitale d'assuré social
- ✓ le remboursement des frais de ces bilans par les organismes d'assurance

maladie est en effet prévu par la loi

- ✓ les enfants bénéficient de dépistages sensoriels et d'un examen clinique par l'infirmière et le médecin de PMI. Si une anomalie est suspectée ou découverte à l'issue de ce bilan, la famille de l'enfant est informée immédiatement et une orientation adaptée est proposée, avec un courrier d'accompagnement
- ✓ les résultats de ce bilan sont inscrits sur le carnet de santé de l'enfant et sur un dossier destiné à être transmis en fin d'année au service médical départemental de l'Education nationale
- ✓ par ailleurs des données anonymisées sont transmises annuellement à des fins épidémiologiques au ministère chargé de la santé

La PMI joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants:

- instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles
- réalisation d'actions de formation
- surveillance et contrôle des assistantes maternelles et familles d'accueil
- surveillance des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans

(14, 15, 16)

L'article L2111-1 du code de la santé publique décrit brièvement les missions du service de PMI. En voici un extrait:

« L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, ... à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment:

1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants;

2° Des actions d'accompagnement psychologique et social des femmes enceintes et des jeunes mères de famille, particulièrement les plus démunies;

3° Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps;

4° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que le contrôle, la surveillance et l'accompagnement des assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles. »

(17)

L'article L2112-2 du code de la santé publique évoque de façon plus explicite les différentes missions en matière de PMI:

« Le président du Conseil Général a pour mission d'organiser:

1° Des consultations... prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en

faveur des femmes enceintes

2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle

3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale...

4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psycho-social réalisé au cours du quatrième mois de grossesse, et pour les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés

4° bis Des actions médico-sociales préventives et de suivi assurées...pour les parents en période postnatale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations

5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations...

6° L'édition et la diffusion des supports d'information sanitaire destinés aux futurs conjoints...

7° Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel et des actions de formation initiale destinées à aider les assistants maternels dans leurs tâches éducatives...

En outre, le conseil général doit participer aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article L. 221-1 et aux articles L. 226-1 à L. 226-11, L523-1 et L. 532-2 du code de l'action sociale et des familles.

Le service contribue également, à l'occasion des consultations et actions de prévention médico-sociale mentionnées aux 2° et 4°, aux actions de prévention et de dépistage des troubles d'ordre physique, psychologique, sensoriel et de l'apprentissage. Il oriente, le cas échéant, l'enfant vers les professionnels de santé et les structures spécialisées. »

(18)

2.2.8. L'Aide Sociale à l'Enfance (ASE):

L'article L221-1 du code de l'action sociale et des familles précise les missions et l'organisation du service d'aide sociale à l'enfance. En voici un extrait:

« Le service de l'aide sociale à l'enfance est un service non personnalisé du département chargé des missions suivantes:

1° Apporter un soutien matériel, éducatif et psychologique tant aux mineurs et à leur famille ou à tout détenteur de l'autorité parentale, confrontés à des difficultés risquant de mettre en danger la santé, la sécurité, la moralité de ces mineurs ou de compromettre gravement leur éducation ou leur développement physique, affectif, intellectuel et social, qu'aux mineurs émancipés et majeurs de moins de vingt et un ans confrontés à des difficultés familiales, sociales et éducatives susceptibles de compromettre gravement leur équilibre

2° Organiser, dans les lieux où se manifestent des risques d'inadaptation sociale, des actions collectives visant à prévenir la marginalisation et à faciliter l'insertion ou la promotion sociale des jeunes et des familles...

3° Mener en urgence des actions de protection en faveur des mineurs mentionnés au 1° du présent article

4° Pourvoir à l'ensemble des besoins des mineurs confiés au service et veiller à leur orientation, en collaboration avec leur famille ou leur représentant légal

5° Mener, notamment à l'occasion de l'ensemble de ces interventions, des actions de prévention des situations de danger à l'égard des mineurs et, sans préjudice des compétences de l'autorité judiciaire, organiser le recueil et la transmission...des informations préoccupantes relatives aux mineurs dont la santé, la sécurité, la moralité sont en danger ou risquent de l'être ou dont l'éducation ou le développement sont compromis ou risquent de l'être, et participer à leur protection

6° Veiller à ce que les liens d'attachement noués par l'enfant avec d'autres personnes que ses parents soient maintenus, voire développés, dans son intérêt supérieur

Pour l'accomplissement de ses missions, et sans préjudice de ses responsabilités vis-à-vis des enfants qui lui sont confiés, le service de l'aide sociale à l'enfance peut faire appel à des organismes publics ou privés habilités...ou à des personnes physiques.

Le service contrôle les personnes physiques ou morales à qui il a confié des mineurs, en vue de s'assurer des conditions matérielles et morales de leur placement. »

(19)

2.2.9. Centre Communal d'Action Sociale (CCAS):

Il est situé 5-7 rue Léopold Lallement 54000 NANCY

Le rôle d'un CCAS:

Le Centre Communal d'Action Sociale anime une action généraliste de prévention et de développement social dans la commune en liaison étroite avec les institutions publiques et privées.

Un CCAS est donc un établissement public administratif, de constitution obligatoire dans chaque commune et exerçant son activité sur le territoire communal.

L'équipe d'un CCAS est composée de: conseillers d'action sociale, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'infirmières, d'éducateurs, de puéricultrices, de médecins et de conseillers conjugaux.

Le code de l'action sociale et des familles détermine les missions du CCAS:

- instruction des demandes d'aide sociale
- possibilité de créer et de gérer en services non personnalisés, les établissements ainsi que les services sociaux et médico-sociaux
- possibilité d'agir sur délégation du Département
- réalisation de toute mission d'ordre social que lui a confiée le conseil municipal

Les actions du CCAS de la Ville de Nancy:

Instrument privilégié de l'action municipale en matière de politique sociale et familiale, le CCAS de Nancy développe ses actions en direction des familles nancéiennes et plus particulièrement des enfants de 0 à 6 ans, des seniors, des personnes handicapées ainsi que des familles en difficulté sociale.

Pour chacun de ces champs d'action, le CCAS a défini des missions prioritaires:

- l'action sociale auprès des personnes en situation de précarité
- une politique familiale active (l'accueil des enfants en structures collectives ou familiales, la Carte Nancy Famille)
- le développement et la consolidation de structures d'hébergement et d'animation pour les seniors
- la réalisation d'actions d'information et de sensibilisation pour mieux faire connaître les différents handicaps

Or, pour garantir un large accès à des services de qualité et adaptés au rythme de vie urbaine, le CCAS de la ville de Nancy s'emploie à promouvoir des actions coordonnées au sein de ses services mais aussi en liaison directe avec son réseau de partenaires actifs, les acteurs sociaux, institutionnels ou caritatifs.

Description plus détaillée des 4 pôles d'action:

Mission handicap:

- accueil du lundi au vendredi de 8h30 à 12h et de 13h30 à 16h30
- prend en compte tous les handicaps : moteurs, sensoriels, mentaux et psychiques
- veut promouvoir l'autonomie et la pleine et entière participation des personnes handicapées à la vie de la cité
- veut informer et sensibiliser le grand public avec pour objectif de démystifier le handicap
- édite et met à jour des outils d'information susceptibles de guider les personnes handicapées et leurs proches
- a mis en place le GROUPE TEST, équipe de testeurs chargée de visiter et tester l'accessibilité et l'usage des bâtiments et équipements à la demande des services de la ville. Il est composé de personnes handicapées représentantes d'associations du domaine du Handicap. L'objectif est de mettre en adéquation les normes d'accessibilité avec les besoins des personnes handicapées.

Pôle gérontologique:

- permanence téléphonique du lundi au vendredi de 8h à 12h et de 14h à 17h30
- prise en compte du vieillissement et de ses conséquences en proposant des services adaptés aux attentes des seniors et de leurs familles
- lutte contre l'exclusion sociale et culturelle des seniors
- adaptation de l'environnement au vieillissement et à la survenue du handicap
- c'est une équipe pluridisciplinaire (médecins, assistantes sociales, agents spécialisés)
- différents services proposés aux personnes habitant Nancy et son agglomération:
 - ✕ portage de repas à domicile (traditionnels ou spécifiques)
 - ✕ distributions de titres de transport (pass bus) chaque mardi et jeudi
 - ✕ système de téléassistance à domicile (tarifs appliqués en fonction d'un barème de ressources)
 - ✕ médiateur : petits bricolages à domicile
 - ✕ téléphon'Âge : appels conviviaux
- un accompagnement des projets de vie des seniors par une offre d'hébergement plurielle:
 - ✕ 1 Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)
 - ✕ 6 Foyers Résidences au coeur de Nancy (Boudonville, Chevardé, Donop, Gabriel Mouilleron, Haussonville, Pichon) qui alimentent une offre de 315 F1 et 15 F2 répartis dans différents quartiers de la ville

Pôle insertion sociale:

- implantation du pôle dans les différentes Mairies de quartier de la ville de NANCY
- horaires d'ouverture au public du lundi au jeudi de 8h à 12h et de 13h à 17h, ainsi que le vendredi de 8h à 12h et de 13h à 16h
- répondre aux demandes d'aide de familles Nancéiennes en difficulté:
 - ✕ attribution de chèques d'accompagnement personnalisés pour l'alimentation et l'hygiène
 - ✕ aides électroménager
 - ✕ aides financières
 - ✕ aide à la gestion budgétaire
 - ✕ microcrédit personnel accompagné

Service petite enfance:

- accueil des parents et inscription des enfants sur rendez-vous
- veut satisfaire les demandes des familles en élaborant les réponses adaptées en fonction des contraintes familiales, sociales et professionnelles de chacun
- gère des structures d'accueil de la petite enfance:
 - ✕ centralise les inscriptions des structures d'accueil de la petite enfance du CCAS (4 crèches collectives, quelques places dans les crèches hospitalières du Centre Hospitalier Régional)
 - ✕ accueille les enfants de Nancy ou de toute autre commune acceptant de signer une convention avec le CCAS
 - ✕ concrétise l'admission des enfants
 - ✕ gère les activités des établissements ou services dépendant du CCAS et veille au maintien de leur qualité
- délivre la Carte Nancy Famille:
 - ✕ à la demande des familles Nancéiennes ayant à charge soit 3 enfants et plus, un ou plusieurs enfant(s) porteur(s) de handicap(s), un ou plusieurs orphelin(s)
 - ✕ permet un remboursement partiel des dépenses liées à la restauration scolaire et universitaire; des halte-garderies; des activités culturelles et sportives

(20)

2.2.10. Accueil et Réinsertion Sociale (ARS):

L'association créée en décembre 1980, a pour objet d'initier, de développer et de conduire tout projet ou action s'inscrivant dans le champ des politiques sociales ou médico-sociales, permettant d'améliorer les conditions d'existence des personnes confrontées à des difficultés temporaires ou durables. Elle entend le faire dans le respect de leur dignité et avec la volonté de valoriser les potentialités de chacune d'entre-elles pour leur permettre d'accéder à des conditions de vie meilleures en position d'acteur de leur propre devenir.

L'équipe est composée de travailleurs sociaux, d'infirmiers et de médecins.

Les activités de l'association sont principalement dirigées vers les personnes adultes confrontées à des difficultés d'ordre social. Implantées en Meurthe et Moselle Sud (12 boulevard Jean Jaurès 54000 NANCY), elles se répartissent autour de quatre axes :

- l'urgence sociale
- l'hébergement
- le médico-social
- l'accompagnement

L'urgence sociale:

- La gestion du 115 (numéro d'urgence gratuit) pour l'ensemble du département:
 - ✗ ce numéro vert départemental est destiné à faciliter le signalement de toute personne en situation de détresse sociale
 - ✗ fonctionnement 24h/24 et 365 jours/an
 - ✗ gestion des appels par le personnel du SAO Nancy (pendant les heures ouvrables) et le CHRS Pierre Vivier (en dehors des heures ouvrables)
- Le service d'accueil et d'orientation (SAO):
 - ✗ situé 47 rue de la Commanderie 54000 NANCY pour l'accueil « droit commun »
 - ✗ situé 15 rue Gilbert 54000 NANCY pour l'accueil « demande d'asile »
 - ✗ répond à toute situation de détresse 24h/24
 - ✗ accueille, écoute, oriente
 - ✗ mobilise une offre de dépannage de type hébergement de courte durée
- L'accueil de jour (boutique de solidarité):
 - ✗ situé 32 rue Ste Anne 54000 NANCY
 - ✗ accueil des populations sans domicile fixe
 - ✗ réalisation d'interventions sociales collectives ou individualisées
 - ✗ offre aux personnes sans domicile fixe écoute, conseils, aide aux démarches, douches, lavage de linge, surveillance médicale...
- Le SAMU social:
 - ✗ situé 32 rue Ste Anne 54000 NANCY
 - ✗ c'est une équipe mobile d'intervention en liaison permanente avec le 115
 - ✗ 7j/7 en hiver (novembre à mars)
 - ✗ 2-3 jours/semaine d'avril à octobre
- La restauration sociale « repas du soir »:
 - ✗ située 3 rue du Pont Cézard 54000 NANCY
 - ✗ action inter-associative fonctionnant de novembre à mars de 18h30 à 19h45
 - ✗ service de repas chauds aux personnes sans domicile stable

L'hébergement:

- Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS):
 - ✖ ARS Camille Mathis:
 - ✓ situé 35-43 boulevard d'Austrasie 54000 NANCY
 - ✓ pour familles et femmes seules
 - ✓ 65 places en semi-collectif: construire avec les ménages des projets personnalisés en vue d'un relogement ou d'une orientation vers une structure sociale appropriée
 - ✓ 115 places en logements diffus: logement temporaire dans un appartement loué par l'ARS, perspective de devenir locataire en titre à l'issue de l'intervention
 - ✖ ARS Pierre Vivier:
 - ✓ situé 156 boulevard d'Austrasie 54000 NANCY
 - ✓ pour adultes sans enfants
 - ✓ 35 places
 - ✓ favoriser l'insertion des personnes les plus marginalisées en visant l'accès à un mode d'hébergement plus adapté à leur situation
- Centre d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA):
 - ✖ situé 11 rue de Gué 54320 MAXEVILLE
 - ✖ 153 places en logements diffus
 - ✖ accueil, hébergement et accompagnement de ménages étrangers sollicitant l'asile politique
- Les maisons relais:
 - ✖ accueil de personnes au faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale et psychologique rend impossible l'accès à un logement ordinaire
 - ✖ personnes seules ou couples sans enfants
- Les logements transitoires:
 - ✖ situés 37 boulevard d'Austrasie 54000 NANCY
 - ✖ 20 logements
 - ✖ accueil temporaire de ménages sans domicile et ne relevant pas d'une institution spécialisée de type CHRS

La section médico-sociale:

- Les Lits Halte Soins Santé (LHSS):
 - ✖ situés 156 boulevard d'Austrasie 54000 NANCY
 - ✖ 20 places
 - ✖ personnes en grande précarité ayant des problèmes de santé ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière
 - ✖ stabiliser l'état de santé puis proposer un lieu d'accueil temporaire

- L'Antigone:
 - ✖ situé 12 boulevard Jean Jaurès 54000 NANCY
 - ✖ service social spécialisé
 - ✖ lutte contre l'exclusion de personnes pratiquant la prostitution
 - ✖ prévention des addictions et soutien à la parentalité

- Le Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM):
 - ✖ situé 156 boulevard d'Austrasie 54000 NANCY
 - ✖ 30 places
 - ✖ personnes handicapées issues de la grande précarité et nécessitant des soins quotidiens

- Les Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT):
 - ✖ situés 12 boulevard Jean Jaurès 54000 NANCY
 - ✖ 21 places
 - ✓ 15 places pour personnes atteintes de pathologies chroniques et invalidantes
 - ✓ 6 places pour personnes sortant de prison atteintes de pathologies invalidantes (VIH, hépatites...) et en situation de précarité ou sans logement adapté

L'accompagnement sans hébergement:

- Unité de Promotion et d'Insertion par le Logement (UPIL):
 - ✖ réaliser un accompagnement social lié au logement dans le but d'un accès à un nouveau logement ou d'un maintien dans le logement actuel

- Les interventions dans le cadre d'une action conjointe avec la police et le centre psychothérapeutique de Nancy (CPN):
 - ✖ traiter des situations rencontrées par les services de Police sans caractère pénal ni

judiciaire mais d'ordre social et/ou psychiatrique

- Service Emploi Formation (SEF):
 - ✖ faciliter le retour à l'emploi
- Chantiers d'insertion:
 - ✖ activités à faible exigence de compétences pour des salariés en contrats aidés
 - ✖ retrouver progressivement un rythme de travail et des règles de conduites compatibles avec les exigences du marché
- Les interventions dans les lieux de prostitution
- Les actions de prévention contre les toxicomanies

(21)

2.2.11. Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS):

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des cellules de prise en charge médico-sociale, qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social.

En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Ils concluent avec l'Etat des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

La PASS de Nancy s'adresse aux personnes:

- ayant des problèmes de santé
- ayant une couverture sociale insuffisante ou absente
- en situation de précarité

La PASS de Nancy propose:

- un accueil personnalisé
- un accompagnement social
- des consultations médicales gratuites
- la délivrance gratuite de médicaments
- une orientation vers les services médicaux spécialisés du CHU en cas de besoin
- un relais vers la médecine de ville à la fin de la prise en charge

La PASS se situe à l'espace Lionnois de l'Hôpital Central du CHU de Nancy et assure une permanence médicale sans rendez-vous du lundi au vendredi de 9h à 12h. Les consultations sociales ont lieu les après-midi sur rendez-vous uniquement.

(22,23)

2.2.12. Réseau gérontologique Gérard Cuny:

- situé 13-15 boulevard Joffre 54000 NANCY
- accueil du lundi au vendredi de 8h00 à 17h30
- l'équipe est composée de médecins et d'infirmières

Rôles du réseau:

- être au service de la personne âgée, de son entourage, avec le soutien de son médecin traitant et des professionnels
- coordonner la prise en charge globale des personnes âgées fragiles en répondant rapidement sur simple appel dans les situations où le maintien à domicile risque d'être compromis
- assurer et organiser l'accès à des soins et des aides de qualité et de proximité
- assurer la coordination entre les professionnels du domicile, de l'hôpital et des établissements d'hébergement
- faciliter l'accès aux dispositifs d'évaluation gérontologiques
- favoriser le maintien à domicile des personnes âgées, dans des conditions sanitaires et sociales optimales
- élaborer un plan personnalisé de santé en concertation avec l'ensemble des professionnels et assurer son suivi, après réalisation d'une évaluation médico-psycho-sociale

Intervention:

- à la demande de la personne elle-même ou de ses aidants naturels ou professionnels
- soit au domicile, soit lors de la préparation du retour à domicile durant l'hospitalisation, la convalescence...
- en appui du médecin traitant, toujours avec son accord
- n'entraîne pas de frais supplémentaires pour la personne âgée concernée

Critères d'inclusion:

- être âgé de plus de 60 ans
- habiter Nancy ou son agglomération
- vivre à domicile
- être en risque de perte d'autonomie (évaluation par la grille SEGA-A: voir paragraphe 6.6)

Procédure d'intervention:

- accueil et écoute
- recueil des accords d'intervention: auprès du médecin traitant, de la personne concernée et de l'entourage
- enquête environnementale: état des lieux
- examen avec la personne et son entourage des solutions existantes en matière d'aides et/ou hébergement: orientations, propositions, coordination, concertation
- plan d'intervention, validé par le médecin traitant: projet de vie et de soins, réunion de coordination chez la personne âgée si besoin
- accompagnement et suivi (en étroite collaboration avec le médecin traitant) des décisions prises, réévaluation et adaptation selon l'évolution

(24)

2.2.13. Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC):

- situé 13-15 boulevard Joffre 54000 NANCY
- ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30
- structure de proximité sous la dépendance du Conseil Général
- pour les retraités, les personnes âgées et leur entourage
- pour les professionnels de la gériatrie et du maintien à domicile
- missions multiples:
 - ✕ accueillir

- ✕ informer
 - ✕ orienter
 - ✕ faciliter les démarches
 - ✕ fédérer les acteurs locaux
 - ✕ évaluer les besoins
 - ✕ élaborer un plan d'aide
 - ✕ accompagner et assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs
 - ✕ coordonner les intervenants
- par des professionnels sociaux, médico-sociaux ou de santé en lien avec les acteurs de la gérontologie
 - c'est aussi un observatoire de la vieillesse et des problématiques liées à la dépendance et un animateur du territoire (actions de prévention, conférences, forums...)

(25)

2.2.14. Service Territorial Personnes Agées-Personnes Handicapées (PAPH) du Conseil Général:

Le services territorial PAPH, créé par le Conseil Général et situé, Galerie des Chênes 13/15 Boulevard Joffre 54000 NANCY est à la disposition des personnes âgées, personnes handicapées et de leurs familles pour répondre aux questions.

C'est un centre local d'information et de coordination (CLIC) et une antenne locale de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Les missions:

Les animateurs et animatrices:

- écoutent et informent
- orientent vers des organismes et des professionnels compétents
- si besoin, accompagnent dans les démarches administratives (aide à remplir les dossiers correspondants)
- informent sur les services d'aide à domicile et les établissements du secteur (maison de retraite, foyers d'hébergement, maison d'accueil spécialisée...)
- aident à effectuer les demandes d'aides relevant du Conseil Général : APA, Allocation compensatrice tierce personne...,
- répertorient les services de proximité proposés sur chaque territoire

Les conseillers en gérontologie et les conseillers handicap:

- évaluent les besoins
- élaborent un plan d'aide personnalisé en concertation avec l'entourage

Le service territorial PAPH est également intégré dans une démarche de réflexion et de mise en réseau des acteurs qui oeuvrent auprès des personnes âgées et handicapées, avec pour objectif une meilleure coordination et une plus grande complémentarité.

(26)

2.2.15. Unité de Gériatrie d'Entrées Directes (UGED):

- située au 6^e étage de l'hôpital Brabois adultes
- disposant de 15 lits
- au service des médecins généralistes libéraux
- accessible via le réseau téléphonique Vill'Hôp au 03.83.15.78.46 (mise en contact téléphonique immédiate et rapide avec les seniors de la majorité des spécialités du CHRU de Nancy, qui se sont engagés à mettre tout en œuvre pour répondre dans les meilleurs horaires et délais aux médecins de ville)
- mis en service le 1^{er} juin 2014 et remplaçant le service PUOG (Post Urgence à Orientation Gériatrique)

Missions:

- améliorer la prise en charge des patients âgés de plus de 75 ans à l'hôpital
- joindre en direct un médecin hospitalier gériatre senior qui répond à la prise en charge rapide pour un bilan d'un patient âgé
- éviter un passage inutile au Service d'Accueil des Urgences et de multiples séjours à l'hôpital, susceptibles de fragiliser l'état de santé du patient
- optimiser la prescription médicamenteuse de la personne âgée souvent poly pathologique et polymédiquée
- assurer des bilans de santé courts, programmés ou non, pour des patients âgés: par exemple bilan de chute, d'anémie, bilan de fatigue, de perte de poids, bilan avant des traitements lourds (chirurgie ou chimiothérapie)....
- durée moyenne de séjour inférieure ou égale à 7 jours

(27)

2.3. Le CRRA en chiffres:

pour l'année 2013:

- Appels totaux: 451.016 (297.642 reçus et 153.374 émis)
- 35.780 dossiers de Régulation Médicale
- 2.717 SMUR primaire pour le SMUR Nancy
- 2.315 SMUR secondaire: 1037 unité médicale hospitalière (UMH) et 1.278 de transferts infirmiers intra hospitaliers (TIIH)
- SMUR primaire hélicoptéré 141
- SMUR secondaire hélicoptéré: 347
- Moyenne appels semaine : 1.043 entrants sortants, moyenne WE : 1.388 entrants sortants

(28)

2.4. Expérience d'autres CHU en matière de gestion d'appels à caractère social:

2.4.1. SAMU 76A (Rouen):

Le SAMU 76A est un des premiers à avoir mis en place au CRRA un système de gestion d'appels à caractère social. Le projet a vu le jour en 1997 suite à une enquête qui montrait que 6% des appels entrant au CRRA étaient à caractère social. L'assistant social est directement situé au CRRA et peut intervenir en temps réel.

Mode de fonctionnement:

- appel au centre 15
- l'utilisateur est en contact téléphonique avec un permanencier du Centre 15. Cet accueil est assuré 24h/24.
- le permanencier décèle, lors de ce contact, la véritable nature du problème, obtient les coordonnées de l'appelant ou du sujet et oriente vers un médecin ou vers l'interlocuteur social
- le médecin régulateur peut selon son évaluation passer le relais à l'interlocuteur social ou inversement
- en l'absence du travailleur social au Centre 15, tout problème social non urgent peut être relayé dans un temps différé
 - ✕ pour cela, le double de la fiche d'appel du SAMU est déposé dans le casier concernant les affaires sociales en salle de régulation

- ✖ ces transmissions sont relevées lorsque l'assistant social prend son poste
- ✖ la personne peut alors être recontactée afin d'évaluer plus exactement la situation
- ✖ selon le contact établi par téléphone, une orientation vers les organismes adéquats est proposée à la personne avec son accord
- ✖ si la situation de la personne révèle un caractère plus ambigu, les services sociaux concernés seront contactés par l'assistant social du SAMU dans un but de prévention et dans le cadre du travail en réseau
- les situations sociales urgentes sont signalées par le personnel du Centre 15 à l'assistant social du pôle SAMU/Urgences pour traitement rapide (en absence de l'assistant social du CRRA)

Rôle de l'assistant social en salle de régulation:

- l'interlocuteur social apporte une écoute et un échange avec l'appelant
- il peut reformuler, tempérer, dédramatiser, rassurer
- il peut conserver le contact avec la personne en détresse afin de gagner du temps sur l'envoi des secours
- l'échange d'informations avec l'appelant permet de compléter les informations sur son contexte de vie pour mieux cerner la situation
- l'échange d'informations permet un contact ultérieur qui s'avère utile pour évaluer la situation
- proposer et préparer une visite à domicile afin d'être plus précis pour le relais médico-psycho-social

(29)

2.4.2. SAMU 38 (Grenoble):

Le poste de l'assistant social au sein du CRRA a été créé en novembre 2007 pour permettre l'évaluation et la prise en charge des situations à caractère social parvenant au Centre 15.

La mission générale de l'assistant social est le conseil, l'orientation et le soutien des personnes appelantes, l'aide aux démarches et la prévention des difficultés sociales ou médico-sociales.

A ce titre, l'assistant social peut être interpellé pour des appels ayant trait à l'exclusion, l'isolement, la désocialisation, l'absence ou la recherche de droits, l'accès aux soins médicaux, la maltraitance sur mineurs ou adultes vulnérables.

Au sein du CRRA, l'assistant social a ainsi un rôle de prévention auprès des usagers du Centre 15. Il concourt également à déceler de nouvelles situations de détresse sociale et à permettre la continuité de la prise en charge de situations déjà connues.

Tous les appels à caractères sociaux, médico-sociaux ou psychosociaux sont régulés par le permanencier, le médecin régulateur hospitalier ou le médecin régulateur libéral.

Au terme de cette régulation médicale:

- soit le médecin régulateur a pu donner un conseil et la fiche est alors clôturée
- soit le problème détecté relève de l'assistant social. Dans ce cas, 2 situations sont envisagées:

pendant ses heures de présence au CRRA:

L'assistant social est informé de l'appel et décide de le traiter en direct ou en différé. Si l'appel est traité en direct, l'assistant social renseigne l'observation continue de la fiche d'appel sur les différentes actions entreprises pour le patient.

en dehors de ces horaires:

Le permanencier, ou le médecin, régule comme à son habitude. La fiche d'appel est alors imprimée et mise sous enveloppe. Ces fiches seront analysées et traitées en temps différé par l'assistant social.

Dans ces deux cas, le permanencier ou le médecin régulateur propose au patient, quand cela est possible, de faire part de son appel à un assistant social. L'information sur la présence ou l'absence de l'accord du patient est mentionné dans la partie observation continue de la fiche d'appel.

Dans les deux cas, afin d'éviter un afflux d'appels sociaux, il n'est pas recommandé de signaler la présence de l'assistant social au sein du CRRA.

Pour les situations sociales urgentes, c'est-à-dire pour les situations ne pouvant attendre l'évaluation de l'assistant social du CRRA et, en son absence, il est possible, les jours ouvrables, de 8h à 18h, de joindre un assistant social du SAU.

Cependant, en cas d'urgence sociale, l'assistant social n'a pas pour fonction de remplacer les moyens de réponse déjà existants: 115 (ligne d'urgence sociale), Police/Gendarmerie, Pouponnières, SAU pédiatrie, ...

L'assistant social n'a pas la formation requise pour le traitement des situations à caractère purement psychiatrique.

Le système tel qu'il est en place actuellement au SAMU 54 du CHU de Nancy est basé sur le modèle du SAMU 15 du CHU de Grenoble avec comme principale différence le fait que l'assistant social n'est pas posté au CRRA et ne peut gérer les appels en temps réel. Tous les appels à caractère social sont gérés en différé.

(30)

2.4.3. SAMU 15 (Aurillac):

Réalisation d'une enquête prospective sur un mois en novembre 2008 par rapport à la nécessité d'une régulation des appels à caractère social par un assistant social.

Pourquoi une régulation sociale?

- augmentation des appels à caractère social relevée par les professionnels du SAMU:
 - ✖ étude SAMU Rouen / Le Havre (1997):
 - appels à caractère social 6% de la totalité des appels
 - gestion de l'appel social: 20 minutes contre 3 minutes pour un problème médical
- affaire judiciaire: mise en examen de permanenciers
- congrès SFMU : expériences intéressantes concernant un travail de coordination entre les permanenciers et le service social: Rouen / Le Havre, Grenoble

Place de l'assistant social au sein du CRRA:

- Objectif: permettre l'évaluation et la prise en charge des situations à caractère social parvenant au Centre 15
- Missions: Décret n° 93.652 du 26 Mars 1993
 - ✖ écoute, orientation, conseil et soutien des personnes appelantes
 - ✖ aide aux démarches
 - ✖ prévention des difficultés sociales ou médico-sociales
 - ✖ repérage de nouvelles situations de détresse
 - ✖ continuité de la prise en charge de situations déjà connues

Les relations professionnelles spécifiques au poste:

- à l'intérieur du service :
 - ✖ relation avec l'ensemble du personnel mais surtout avec les permanenciers, cadres et médecins
- à l'extérieur du service :
 - ✖ relation et coordination avec l'ensemble des services sociaux, associations et organismes du département
 - ✖ relation avec les différents partenaires du SAMU (pompiers, ambulances, gendarmerie, police...)

Motifs d'intervention:

- isolement
- exclusion
- absence ou recherche de droits
- accès aux soins médicaux
- dépendance (drogue, alcool)
- relations familiales conflictuelles
- maltraitance sur mineurs ou adultes vulnérables
- problème de maintien à domicile
- détresse sociale...

Présentation de la fiche de recueil des informations sociales:

- plusieurs axes:
 - ✕ identifiant : nom, âge, adresse...
 - ✕ mode de vie : domicile, errance, situation familiale...
 - ✕ référents connus : médecin traitant, travailleur social...
 - ✕ problèmes repérés au Centre 15 : problèmes exposés
 - ✕ accord du patient pour transmission à l'assistant social
 - ✕ intervention sociale : suites données et orientation...
- les modalités:
 - ✕ appels à caractères sociaux, médico-sociaux, ou psycho-sociaux : régulation par le permanencier, le médecin régulateur hospitalier
 - ✕ au terme de la régulation :
 - ✓ Si le problème détecté relève de l'assistant social:
 - Fiche sociale remplie et fiche de régulation imprimée
 - Dossier transmis à l'assistant social dans le classeur prévu à cet effet au niveau du CRR
 - Situation traitée par l'assistant social à J+1 ou J+2 (week-end)

Résultats de l'enquête:

- 20 appelants du domicile (11 femmes, 9 hommes)
- surtout personnes seules
- heures d'appels entre 21h et 3h
- appels pour dépendance ++

Réflexions sur les améliorations à apporter à la régulation sociale:

- informatisation des appels sociaux
- sensibilisation des équipes du CRRA aux questions sociales
- extension de cette régulation auprès du médecin régulateur libéral
- mise en place d'un protocole

(31)

3. Matériel et Méthode:

Dans la première partie de notre travail, une analyse des 35 fiches de transmission et d'intervention sera réalisée. Seuls les cas les plus pertinents pour notre travail seront décrits et transcrits en détail.

Le but de cette première partie étant de classer les cas en différents groupes d'urgence sociale (maltraitance de mineurs, violences conjugales, maintien à domicile difficile, misère sociale...) et d'identifier la fréquence de chaque groupe. Ces groupes sont d'une importance cruciale pour la deuxième partie de notre travail car en effet, ils constituent les situations que l'on rencontre en milieu ambulatoire.

La deuxième partie de notre travail, s'inscrit d'avantage dans une démarche de prévention dans le domaine de la médecine générale ambulatoire.

Les appels entrant au Centre 15 proviennent de patients du milieu ambulatoire. Ces patients sont dans la majorité des cas suivis par des médecins généralistes en ville. Si le médecin traitant rencontre des problèmes dans la gestion de la situation sociale de son patient, ce dernier contacte le Centre 15 ou arrive aux urgences (sur sa propre initiative ou adressé par le médecin traitant). Pour éviter cette suite d'événements sub-optimale, il faut avant tout miser sur l'information des médecins généralistes en ambulatoire pour permettre une meilleure prise en charge en soins primaires dans le domaine social.

Il semble y avoir un vrai besoin d'information, en partant du principe que les assistants sociaux des urgences de Nancy sont de plus en plus souvent confrontés à des appels de médecins généralistes qui cherchent du soutien dans la gestion de situations sociales urgentes.

En toute logique et pour étayer cette hypothèse, nous avons réalisé une enquête, sous forme de questionnaire, destinée aux médecins généralistes de Nancy dans laquelle nous nous sommes renseignés sur les situations sociales urgentes rencontrées, leurs fréquences, les décisions prises ainsi que le besoin en information pour mieux gérer ces situations.

Le questionnaire est composé de 7 situations: maltraitance de majeurs vulnérables, maltraitance de mineurs, violences conjugales, misère sociale, accès aux soins, maintien à domicile difficile ou impossible, autres (situations issues de l'analyse des fiches de transmission de la première partie).

Pour chaque situation, 3 questions ont été posées: « avez-vous déjà été confronté à cette situation ? », « avez-vous su proposer une orientation ? », « souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine ? ».

Lors de l'élaboration du questionnaire, ensemble avec l'assistant social des urgences de Nancy, nous avons veillé à la facilité de remplissage, tout en étant aussi complet que possible au niveau des orientations proposées. Les répondants ont pu s'exprimer librement à chaque item grâce à une case « autre ».

L'enquête a été lancée le 4 janvier 2014 et envoyée à tous les généralistes de Nancy (hors couronne), ce qui faisait un total de 114 généralistes. Le questionnaire comportait 2 pages recto verso, une lettre décrivant le projet en cours ainsi qu'une note explicative sur le remplissage du questionnaire et une enveloppe timbrée de réponse.

Le but ultime de notre travail est de proposer un référentiel utilisable et diffusable en cabinet de médecine générale ambulatoire afin de donner une réponse rapide et surtout adaptée en cas de confrontation à une situation relevant de l'urgence sociale. L'enquête auprès des médecins généralistes permettra d'adapter au mieux le référentiel aux besoins du terrain.

Afin d'élaborer un référentiel de qualité, nous avons personnellement rencontré différents intervenants du domaine social qui nous ont donné de précieux conseils pour la rédaction de ce dernier.

Ce référentiel sera diffusé via la voie d'apicrypt®, une messagerie e-mail, sécurisée et destinée aux médecins exerçant en milieu ambulatoire. Ceci permettra une diffusion plus large du référentiel par rapport à la simple mise en ligne sur un site internet ou par l'intermédiaire de l'ordre des médecins. Le référentiel sera également mis à disposition des structures sociales ayant participé à son élaboration.

4. Première partie: les fiches de transmission

4.1. Description des cas:

Il s'agit d'une description non exhaustive des 35 cas relevés, seuls les cas les plus pertinents pour notre travail ont été transcrits en détail.

Cas N°2: description:

appel de Mr A pour lui-même: chutes multiples après des douleurs chez un patient aux ATCD de sclérose en plaque âgé de 50 ans, fils atteint d'un syndrome dépressif et incapable de gérer la situation, difficulté de maintien à domicile avec nécessité de mise en place d'aides.

Cas N°2: réponse assistant social:

Mr vit avec son fils de 15 ans dans une maison de 3 étages. Atteint de SEP il éprouve ce jour des difficultés à se relever dans un contexte de chutes multiples. Mr est en demande d'une aide technique pour le relevage et me précise qu'il souhaite préserver son fils par rapport à sa dépendance. En effet son ex-femme et lui-même étaient en situation de lourd handicap, il me semble nécessaire de soulager l'enfant de cette prise en charge. Pour ce faire avec l'accord de Mr, j'ai interpellé la conseillère handicap à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) sur le caractère évoluant de la situation de dépendance afin qu'elle réévalue au domicile.

Cas N°4: description:

appel de Mme B pour elle-même: notion de violences conjugales, connu des urgences, veut parler aux psychiatres (appel transmis).

Cas N°4: réponse assistant social:

entretien d'aide, liaison faite avec l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) pour réorientation.

Cas N°10: description:

appel de Mme G pour sa fille: s'inquiète pour sa fille de 5 ans dont elle dit qu'elle s'est cognée la tête. Les pompiers interviennent au domicile. Dans un premier temps la mère a maintenu cette version puis a reconnu finalement avoir donné un violent coup de martinet à sa fille. L'état de santé de la petite fille n'était pas préoccupant et n'a pas nécessité d'hospitalisation. Des conditions de vie très précaires ont été constatées. La fille est suivie dans le cadre de la protection maternelle et infantile (PMI) au centre médico social (CMS). Une information préoccupante avait déjà été réalisée pour des faits antérieurs.

Cas N°10: réponse assistant social:

liaison et enquête sociale auprès du CMS. Signalement envoyé à la Cellule Enfance Maltraitée Accueil (CEMMA).

Cas N°15: description:

appel de Mme K âgée de 90 ans: vol de chéquier, n'a plus à manger.

Cas N°15: réponse assistant social:

appels multiples dans la journée à Mme: pas de réponse. Appel antenne personnes âgées personnes handicapées (PAPH) au Conseil Général: n'est pas connue du service. Appel réseau Gerard Cuny: Mme a été suivie de 2005 à 2008 puis refus de prise en charge. Patientte suivie par assistante sociale du centre communal d'action sociale (CCAS). Le service a sollicité le réseau Gerard Cuny pour une évaluation il y a 6 mois. Rappel réseau Gerard Cuny: une infirmière du réseau essaie de se rendre chez Mme.

Cas N°16: description:

appel d'un tiers pour Mme K: chute mécanique en chaussettes chez une femme de 92 ans, aucune doléance suite à la chute. Douleur bassin et épaule habituelle. Marche avec une canne à petits pas. Vit avec son mari dépendant. Aide ménagère présente sur place et voisin. Relevage demandé.

Cas N°16: réponse assistant social:

plusieurs passages au SAU:

- juin 2010: chute mécanique: consultation équipe mobile de liaison gériatrique : difficultés conjugales, aide ménagère 2 fois par semaine, EHPAD en projet de vie pour Mme K, proposition de suivi par le réseau Gerard Cuny.
- Mai 2011: chute mécanique: mari très dépendant et presque sourd, difficultés à la marche pour Mme K.
- janvier 2013: mari grabataire, aucune aide en place le week-end pour le couple. Un fils qui n'est pas à proximité.

Nous n'avons jamais rencontré Mme K lors de ses passages au SAU.

Appel réseau Gerard Cuny: connue depuis juin 2010. Le couple a un fonctionnement particulier qui tourne autour de conflits réguliers et de violences. Aucune démarche d'entrée en EHPAD n'est entreprise à ce jour. Une visite va être programmée par le réseau.

Appel conseil général service PAPH: dernière visite en octobre 2011. 2x30 minutes par semaine pour la toilette et l'habillage, 30 minutes par jour pour les repas, participation à hauteur de 22 portages de repas par mois. Protection, téléalarme, aucune aide le weekend.

Appel Mme K: Le couple est en train de manger. L'assistant de vie (ADAPA) me dit qu'il vient le midi et le soir pour les repas et le vendredi après-midi pour les courses. Mme K n'a pas l'air demandeuse puisqu'elle a raccroché sans même comprendre la raison de mon appel. Lors de mon 2e appel, madame a mis fin à la conversation rapidement ne souhaitant pas m'écouter.

Appel du fils: des parents lui ont dit ne pas vouloir entrer en EHPAD et que maman a souvent

un discours changeant selon son humeur. Mr vit non a proximité et ne peut être présent pour ses parents tous les jours. Il a fait les démarches auprès du Conseil général et de la MGEN pour les aides à domicile (20 heures par semaine pour le ménage et les courses). Il m'indique que son papa ne pourrait vivre seul, car il éprouve de grosses difficultés à la marche (se tient aux murs) et n'est pas du tout autonome. Il a remarqué une forte dégradation de l'autonomie de des parents depuis environ 1 an. Il me parle de troubles de l'équilibre pour sa maman. Une demande de révision du plan APA a été effectuée avec une visite prévue dans 1 mois. Je lui explique les démarches à effectuer pour une éventuelle demande d'admission en EHPAD et lui conseille de se rapprocher de la conseillère en gérontologie.

Cas N°18: description:

appel de Mr L pour lui-même: homme de 18 ans recherche un hébergement, car mis à la porte il y a 2 jours par ses parents. Suivi depuis l'âge de 12 ans au CPN pour schizophrénie.

Cas N°18: réponse assistant social:

appel Lis Haltes Soins Santé (LHSS): ne s'oppose pas à l'accueillir, souhaite une consultation par l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) pour définir le cadre de sa prise en charge.

Appel UAUP: après consultation, ok pour hospitalisation à condition qu'il respecte son traitement. Transmission du dossier d'admission en LHSS.

Cas N°21: description:

appel d'un voisin pour Mme M: chute dans les escaliers, la patiente refuse l'examen et le transport, 6 enfants entre 9 et 16 ans, notion de conflits familiaux, état d'exogénose des parents, police sur les lieux, plusieurs épisodes du même genre.

Cas N°21: réponse assistant social:

appel CMS: la famille est suivie par l'assistante sociale qui prévoit une visite à domicile la même semaine.

Cas N°22: description:

appel d'un tiers pour Mme M, 82 ans: patiente connue des pompiers, a glissé de son fauteuil, maintien au sol pendant au moins une heure. Pas de doléances. Patiente déprimée, car vient de perdre son fils récemment. Les constantes sont ok. La patiente vit avec son mari atteint de la maladie d'Alzheimer. Selon les pompiers elle glisse fréquemment de son fauteuil dans un contexte de maladie d'Alzheimer.

Cas N°22: réponse assistant social:

4 interventions des pompiers par mois en moyenne pour relevage de Mme M à domicile. Le mari dément vit à domicile. Le fils est décédé il y a 2 mois. Le maintien à domicile est difficile.

Appel du médecin traitant pour complément d'informations: confirme que Mme M vit avec son

mari Alzheimer. Mme s'alcoolise ce qui provoque des chutes. La patiente est suivie par un SSIAD.

Appel du service de soins infirmier à domicile (SSIAD): Mme M a mis fin à l'intervention du SSIAD il y a 8 mois. Le SSIAD a passé le relais au PAPH avec demande d'APA il y a 8 mois. L'intervention de l'association «bien chez soi» a duré 2 mois. Ensuite Mme a refusé de continuer la prise en charge.

Appel PAPH: information de la cadre de santé PAPH sur les suites à donner concernant les aides à mettre en place au domicile. Nécessité d'adresser une demande au pôle gériatrique pour intervention au domicile.

Cas N°23: description:

appel de l'auxiliaire de vie pour Mr N, 50 ans : éthylique chronique sous tutelle (UDAF), tuteur non joignable. Frigo vide, n'a pas mangé depuis 3 jours, refuse le transport.

Cas N°23: réponse assistant social:

plus rien à manger depuis 3 jours. Se ferait voler par ses voisins (vit en HLM). Une demande pour relogement est en cours. D'habitude se fait à manger seul. L'auxiliaire de vie passe 3 fois 2 heures par semaine pour le ménage et les courses. Mr N fait l'objet d'une mesure de protection.

Appel de la tutrice: Dès qu'il reçoit son argent il dépense tout pour acheter de l'alcool. Elle propose un portage de repas pour être sûr qu'il ait au moins un repas par jour. La tutrice est en train de s'en occuper. Situation très repérée par les dispositifs sociaux (tutelle et assistante sociale du secteur). Projet de maison relais en cours.

Cas N°34: description:

appel IDE à domicile pour Mme W 47 ans: abandon de la part de son mari qui est le seul référent. Patient handicapée atteinte de polyarthrite et d'insuffisance rénale avec nécessité de dialyse 3 fois par semaine. Mari est parti quelques jours, laissant à la voisine le soin de s'occuper de sa femme en son absence. La voisine ne peut s'en occuper. Danger réel et certain si Mme W reste toute seule à la maison. Nécessité d'une déclaration de maltraitance.

Cas N°34: réponse assistant social:

passage aux urgences

4.2. Analyse des cas:

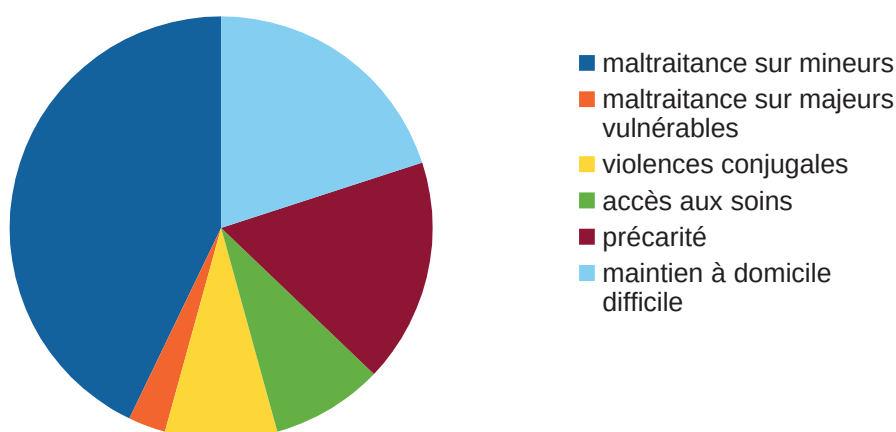
En analysant les 35 dossiers recueillis entre le 1^{er} mars 2012 et le 16 avril 2013, 6 groupes de situations sont mis en évidence.

Le motif de sollicitation, le plus fréquent, des assistants sociaux concerne la maltraitance ou la mise en danger de mineurs avec 15 cas sur 35 dossiers.

Le deuxième motif de sollicitation est le maintien à domicile difficile ou impossible de personnes âgées dépendantes avec 7 cas sur 35 dossiers.

Le troisième motif concerne la précarité sous toutes ses formes (SDF, logement insalubre, absence de moyens financiers, addictions) avec 6 cas sur 35 dossiers. Le quatrième motif est la violence conjugale avec 3 cas sur 35 dossiers et l'accès aux soins avec également 3 cas sur 35 dossiers. On note une seule sollicitation pour maltraitance sur majeurs vulnérables.

Répartition des différentes situations d'urgence sociale



4.3. Commentaire:

La maltraitance sur mineurs est en tête des sollicitations des assistants sociaux des urgences de Nancy. Le fait que ces situations soient particulièrement touchantes pour la population générale et le corps médical inclus, engendre un signalement quasi systématique aux assistants sociaux.

5. Deuxième partie: l'enquête

5.1. Résultats de l'enquête:

53 questionnaires renseignés ont pu être récupérés en 6 semaines, ce qui correspond à un taux de réponse de 46.5%.

5.1.1 Maltraitance de majeurs vulnérables:

32.1% des répondants ont déjà été confrontés à la maltraitance de majeurs vulnérables contre 67.9% qui n'ont jamais rencontré cette situation (tableau 1).

58.8% rencontrent cette situation une fois par an, 17.6% moins d'une fois par an, 11.8% une fois tous les 6 mois et 11.8% une fois tous les 3 mois (tableau 2).

Des généralistes qui ont été confrontés à cette situation, 94.1% ont pu proposer une orientation, seuls 5.9% n'ont pas su comment gérer la situation (tableau 3).

25% ont orienté le patient vers l'assistant social du secteur, 20.8% ont orienté le patient aux urgences, 20.8% ont contacté la famille, 12.5% ont fait un signalement au procureur de la république, 8.3% ont formulé une information préoccupante au Conseil Général, 8.3% ont répondu autre (notamment réseau G Cuny contacté) et dans 4.2% la police a été contactée. Le patient n'a jamais été renvoyé chez lui sans intervention et le numéro 3977 «allô maltraitance personne âgée-personne handicapée» n'a jamais été donné (tableau 4).

62.3% des répondants souhaitent plus d'informations dans ce domaine contre 37.7% qui se disent suffisamment bien informés pour pouvoir gérer la situation (tableau 5).

29.1% souhaitent être formés d'avantage sur ce sujet par la formation continue, 25.5% veulent disposer d'un référentiel au cabinet, 21.8% souhaitent avoir accès à des sites internet spécialisés dans ce domaine, 10.9% veulent disposer d'affiches dans leur cabinet, 5.5% préfèrent des articles dans des revues scientifiques, 5.5% souhaitent être informés par application mobile et seulement 1.8% désirent une information par mail (tableau 6).

tableau 1:

Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

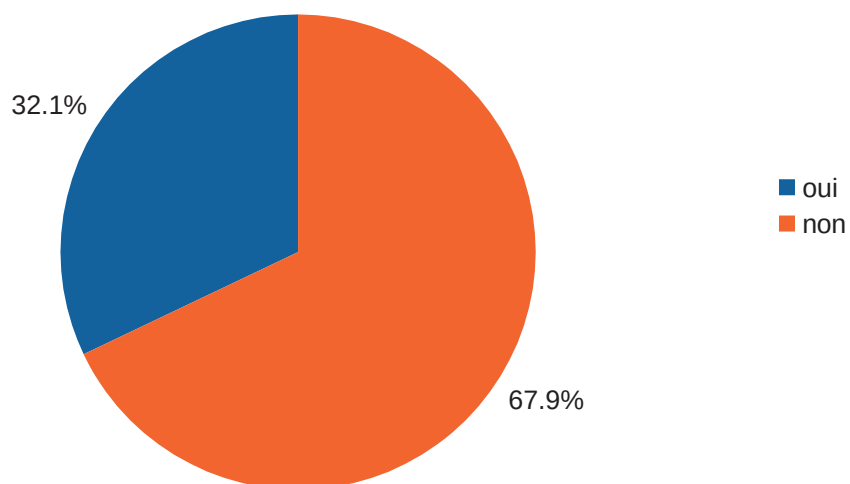


tableau 2:

Quelle fréquence?

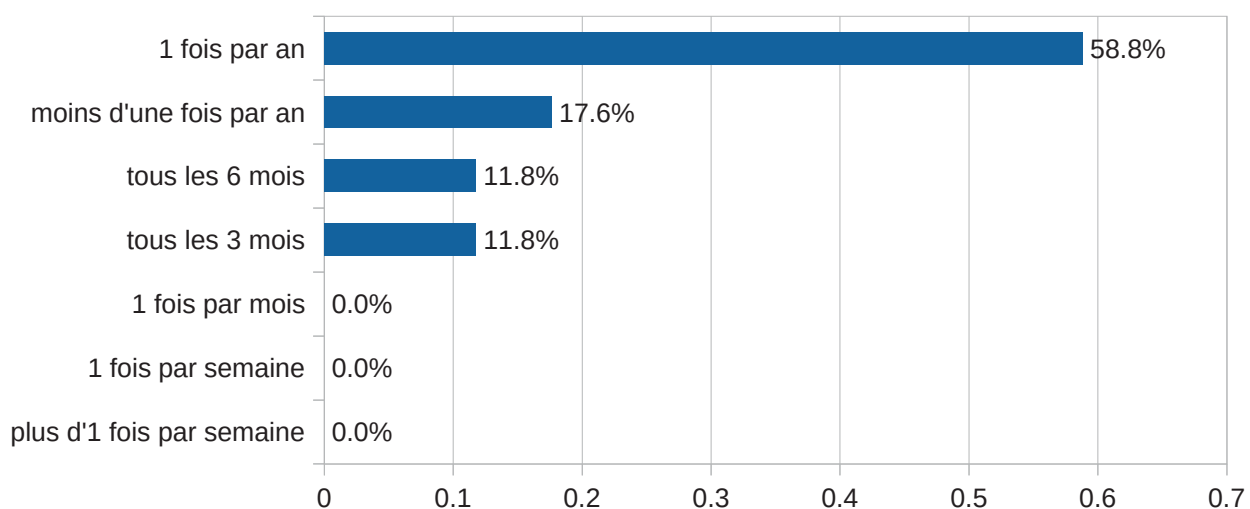


tableau 3:

Avez-vous su proposer une orientation?

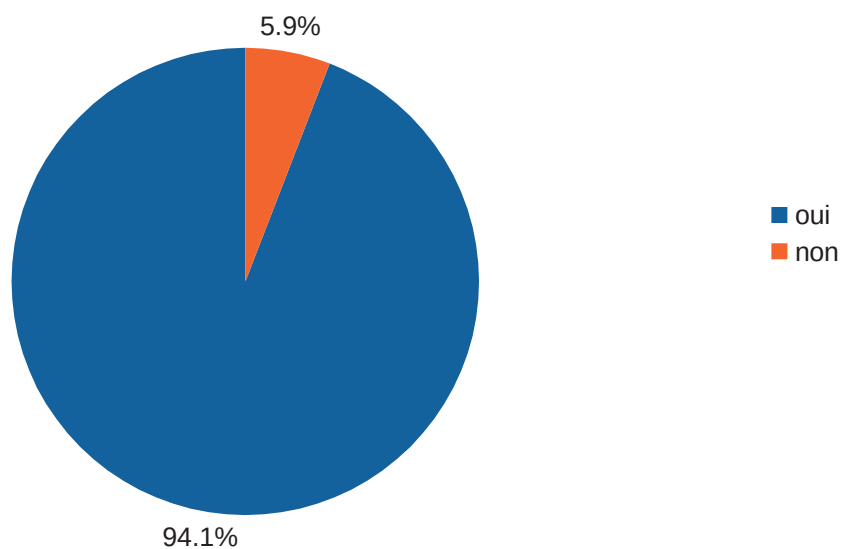


tableau 4:

Quelle orientation?

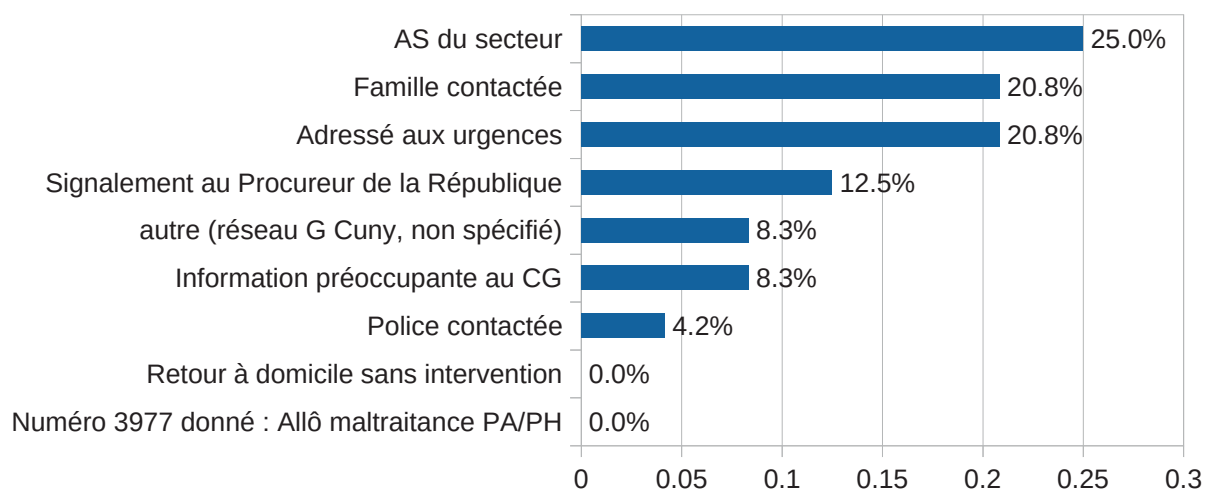


tableau 5:

Souhaitez-vous plus d'information dans ce domaine?

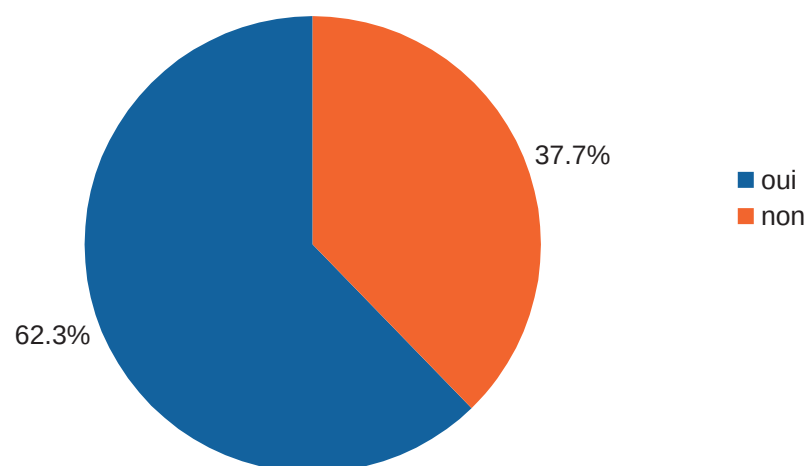
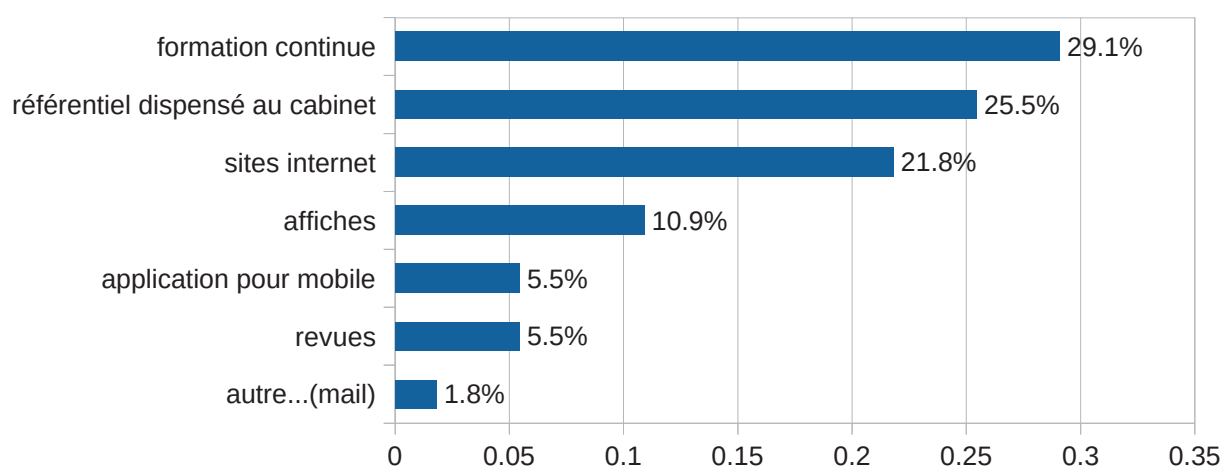


tableau 6:

Quelle information?



5.1.2. Maltraitance de mineurs:

52.8% des répondants ont déjà été confrontés à la maltraitance de mineurs contre 47.2% qui n'ont jamais rencontré cette situation (tableau 1).

78.6% rencontrent cette situation une fois par an, 10.7% une fois par carrière, 7.1% une fois tous les 6 mois et 3.6% moins d'une fois par an (tableau 2).

Des généralistes qui ont été confrontés à cette situation, 100% ont pu proposer une orientation adaptée à la situation (tableau 3).

25.5% ont fait un signalement au procureur de la république, 23.4% ont adressé l'enfant aux urgences, 21.3% ont choisi une autre orientation (PMI, hospitalisation en pédiatrie, consultation en pédiatrie), 12.8% ont fait parvenir une information préoccupante à la CEMMA, 12.8% ont adressé l'enfant à l'assistant social du secteur et dans 4.3% la police a été contactée. Le patient n'a jamais été renvoyé au domicile sans intervention et le numéro 119 «allô enfance en danger» n'a jamais été donné (tableau 4).

69.8% des répondants souhaitent plus d'informations dans ce domaine contre 30.2% qui se disent suffisamment bien informés pour pouvoir gérer la situation (tableau 5).

31.1% souhaitent être formés d'avantage sur ce sujet par la formation continue, 26.2% veulent disposer d'un référentiel au cabinet, 21.3% souhaitent avoir accès à des sites internet spécialisés dans ce domaine, 8.2% souhaitent être informés par application mobile, 6.6% veulent disposer d'affiches dans leur cabinet, 4.9% préfèrent des articles dans des revues scientifiques, et seulement 1.6% désirent une information par mail (tableau 6).

tableau 1:

Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

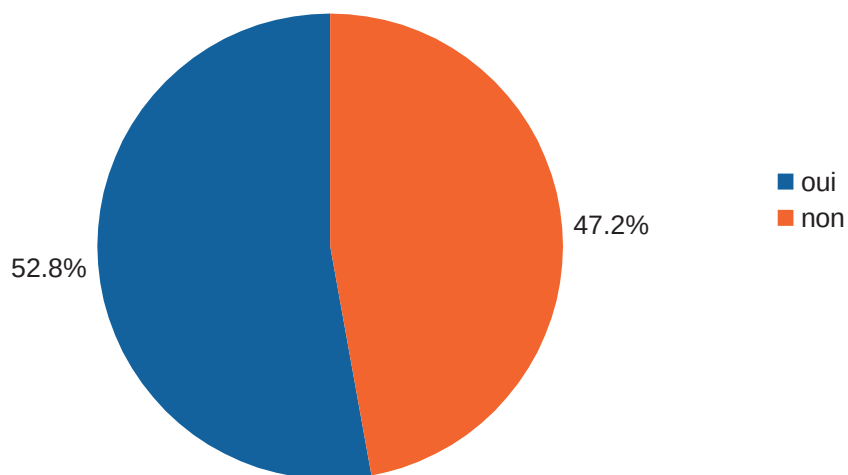


tableau 2:

Quelle fréquence?

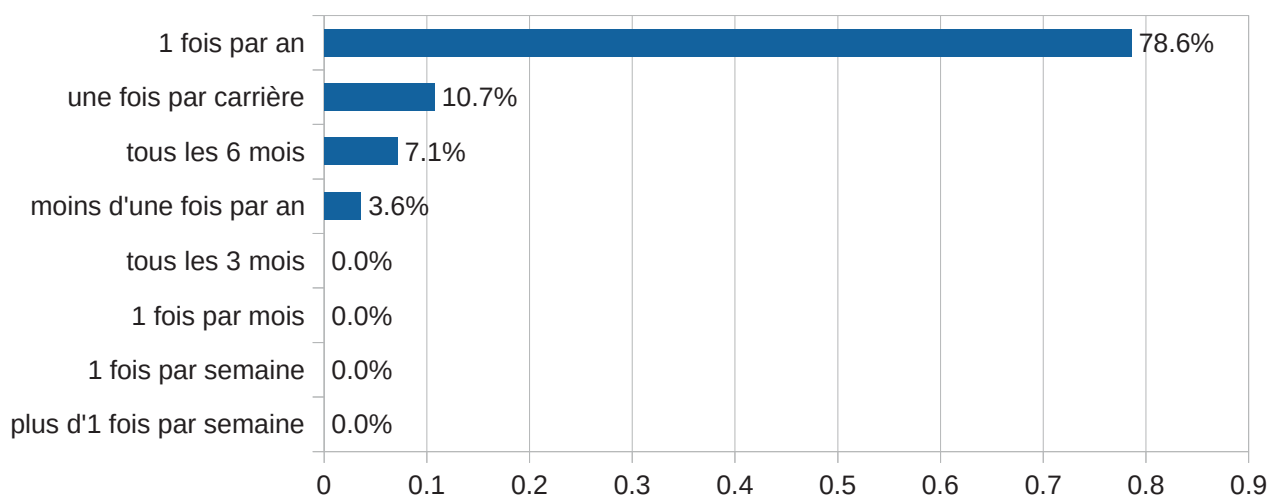


tableau 3:

Avez-vous su proposer une orientation?

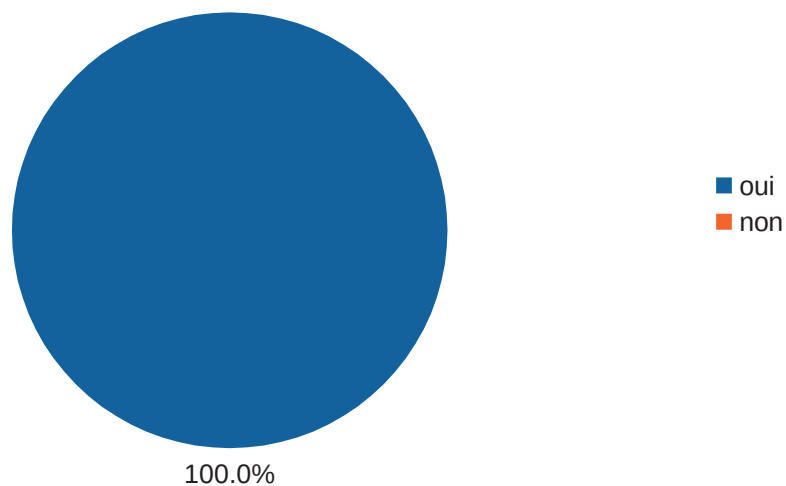


tableau 4:

Quelle orientation?

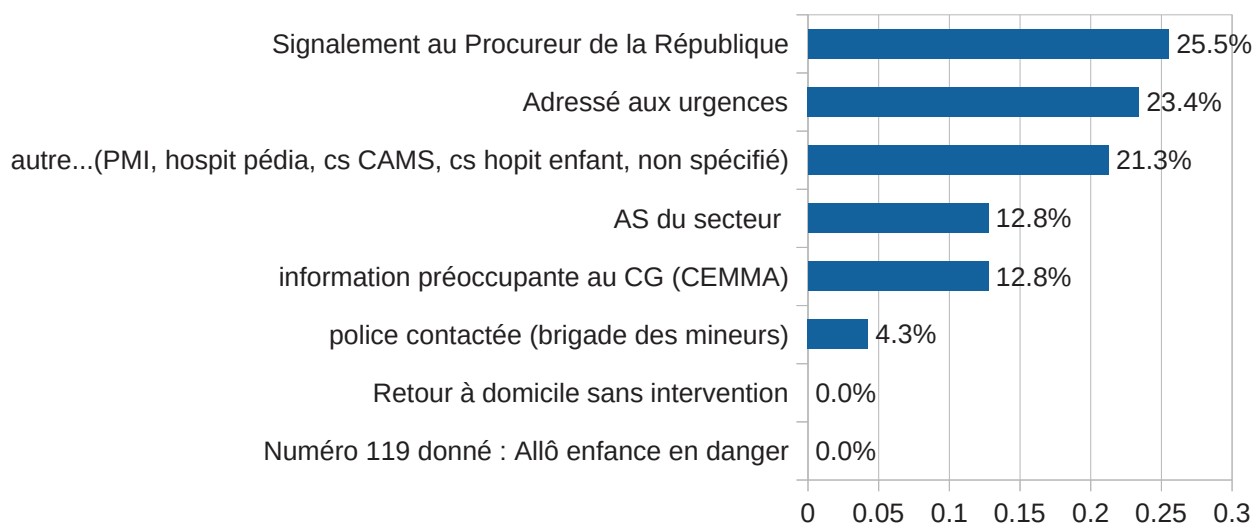


tableau 5:

Avez-vous besoin de plus d'information dans ce domaine?

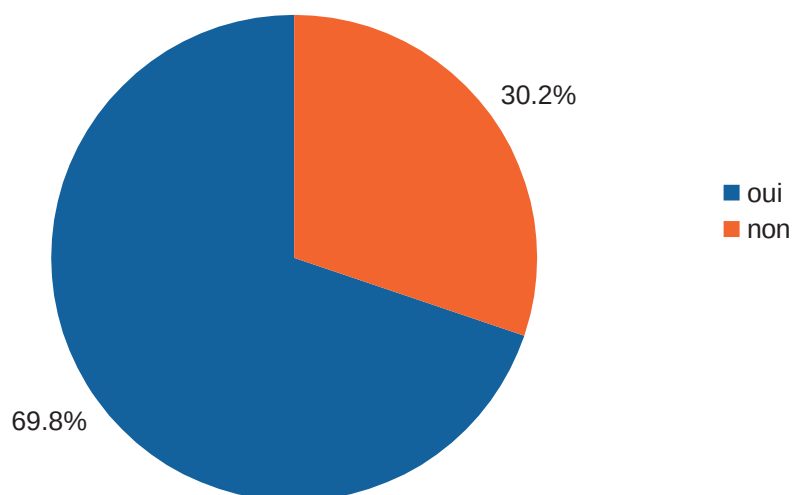
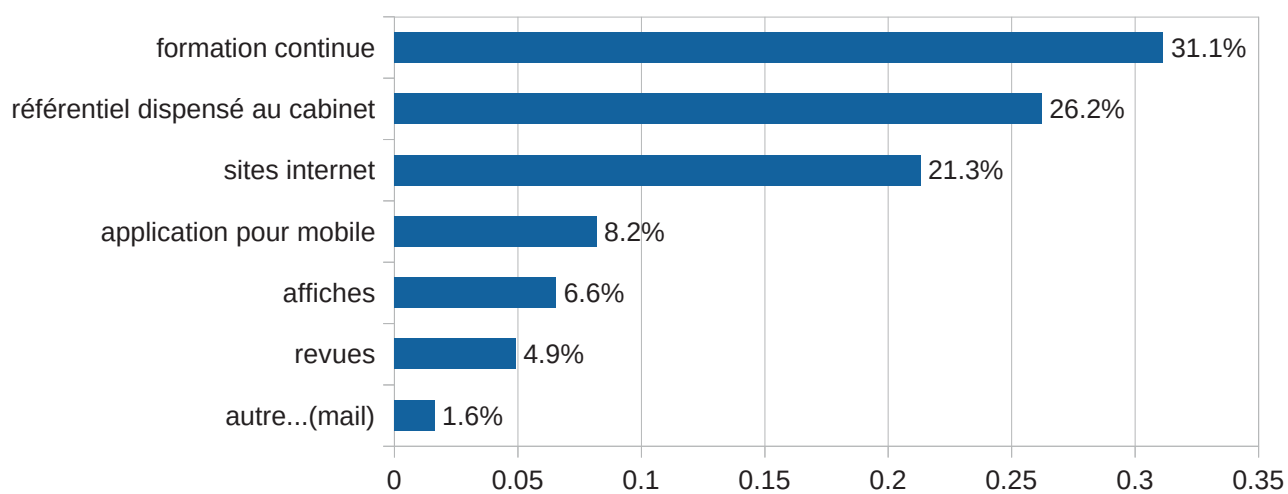


tableau 6:

Quelle forme?



5.1.3. Violences conjugales:

84.9% des répondants ont déjà été confrontés à des situations de violence conjugale contre 15.1% qui n'ont jamais rencontré cette situation (tableau 1).

35.6% rencontrent cette situation une fois par an, 33.3% une fois tous les 6 mois, 22.2% une fois tous les 3 mois, 6.7% moins d'une fois par an et 2.2% une fois par mois (tableau 2).

Des généralistes qui ont été confrontés à cette situation, 95.6% ont pu proposer une orientation adaptée à la situation versus 4.4% qui n'ont pas su comment gérer le problème (tableau 3).

24.7% adressent les victimes de violences conjugales aux urgences, 18.8% contactent la police, 14.1% donnent les coordonnées de la CIDFF ou d'une autre association, 11.8% adressent à l'assistant social du secteur, 10.6% donnent le numéro 3919 «violences femmes info», 8.2% contactent le conjoint à des fins de médiation, 8.2% choisissent une autre orientation (consultation d'un psychologue, conseil de dépôt de plainte) et 3.5% renvoient le patient au domicile sans intervention (tableau 4).

60.4% des répondants souhaitent plus d'informations dans ce domaine contre 39.6% qui se disent suffisamment bien informés pour pouvoir gérer la situation (tableau 5).

32.1% souhaitent être formés d'avantage sur ce sujet par la formation continue, 26.8% veulent disposer d'un référentiel au cabinet, 21.4% souhaitent avoir accès à des sites internet spécialisés dans ce domaine, 8.9% souhaitent être informés par application mobile, 7.1% veulent disposer d'affiches dans leur cabinet, 1.8% préfèrent des articles dans des revues scientifiques et 1.8% désirent une information par mail (tableau 6).

tableau 1:

Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

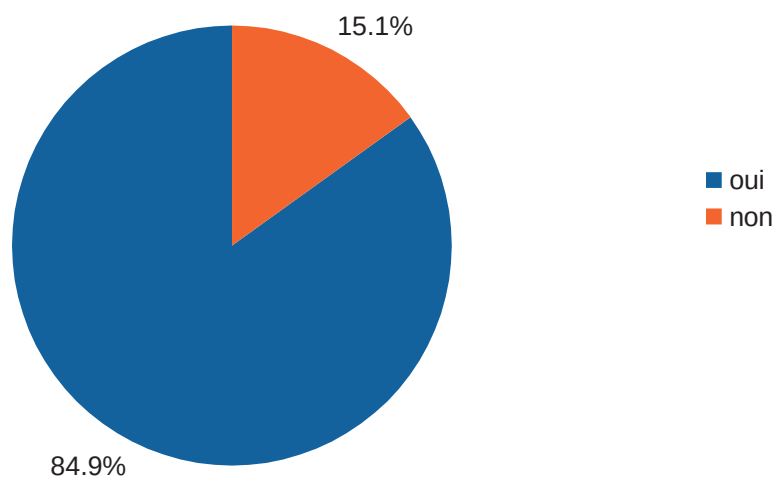


tableau 2:

Quelle fréquence?

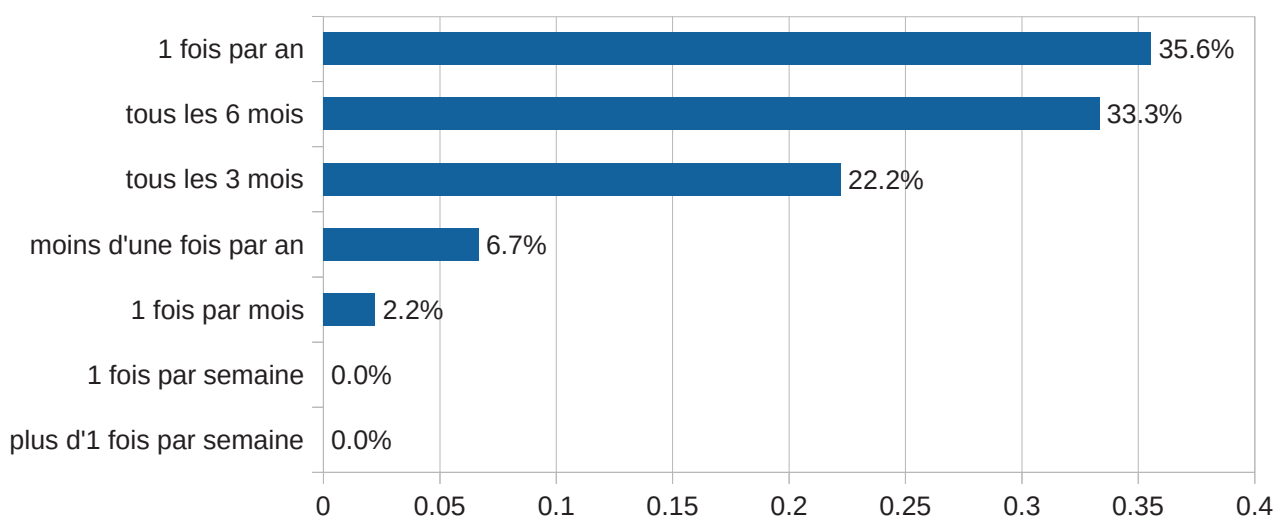


tableau 3:

Avez-vous su proposer une orientation?

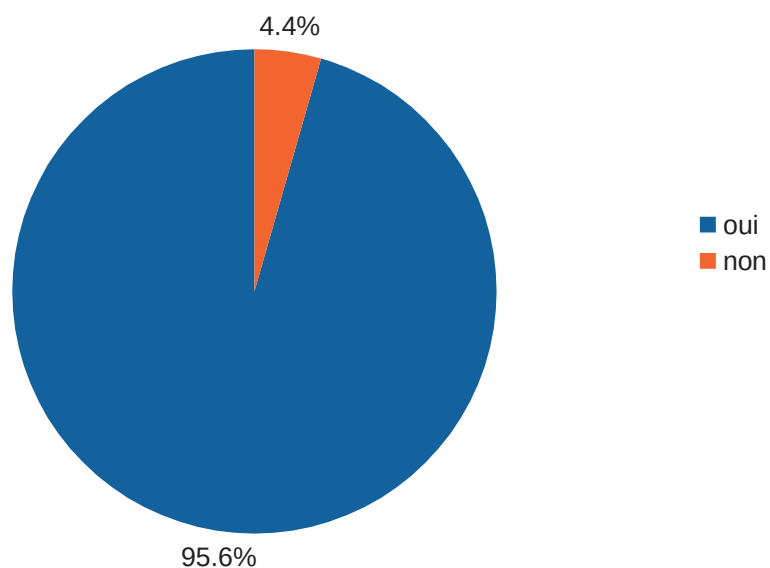


tableau 4:

Quelle orientation?

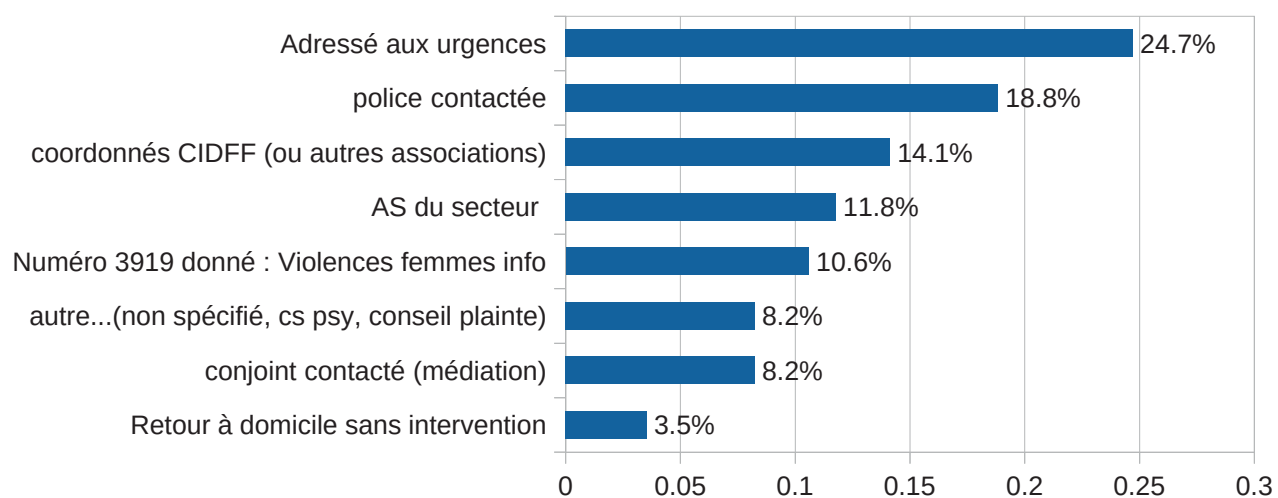


tableau 5:

Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

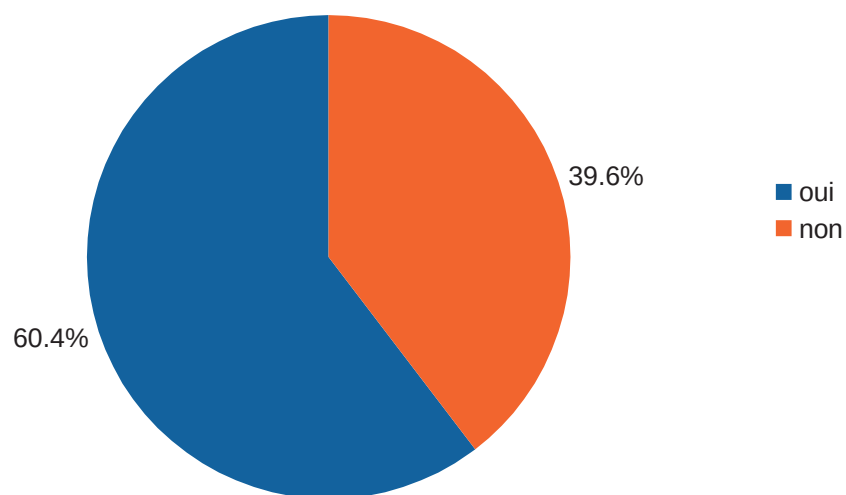
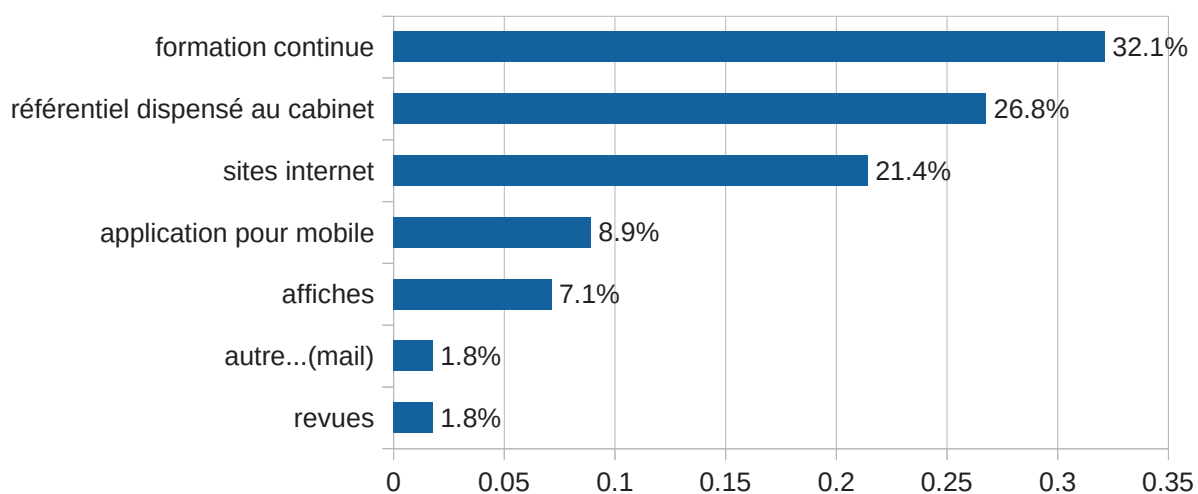


tableau 6:

Quelle information?



5.1.4. Précarité/Misère sociale (logement insalubre, conditions de vie précaires):

71.7% des répondants ont déjà été confrontés à des situations de misère sociale contre 28.3% qui n'ont jamais rencontré cette situation (tableau 1).

31.6% rencontrent cette situation une fois par an, 23.7% une fois tous les 6 mois, 23.7% une fois tous les 3 mois, 7.9% une fois par mois, 5.3% une fois par semaine, 5.3% plus d'une fois par semaine et 2.6% moins d'une fois par an (tableau 2).

Des généralistes qui ont été confrontés à cette situation, 94.7% ont pu proposer une orientation adaptée à la situation versus 5.3% qui n'ont pas su comment gérer le problème (tableau 3).

42.9% adressent les personnes en état de précarité à l'assistant social du secteur, 20.6% donnent le numéro 115 «SAMU social», 14.3% adressent au PAU ou SAO (centre d'hébergement d'urgence), 9.5% adressent aux urgences, 7.9% choisissent une autre orientation (médecins du monde, contact tuteur, conseil de contacter l'AS) et 4.8% renvoient le patient au domicile sans intervention (tableau 4).

60.4% des répondants souhaitent plus d'informations dans ce domaine contre 39.6% qui se disent suffisamment bien informés pour pouvoir gérer la situation (tableau 5).

30.2% veulent disposer d'un référentiel au cabinet, 28.3% souhaitent être formés d'avantage sur ce sujet par la formation continue, 22.6% souhaitent avoir accès à des sites internet spécialisés dans ce domaine, 7.5% souhaitent être informés par application mobile, 5.7% veulent disposer d'affiches dans leur cabinet, 3.8% préfèrent des articles dans des revues scientifiques et 1.9% désirent une information par mail (tableau 6).

tableau 1:

Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

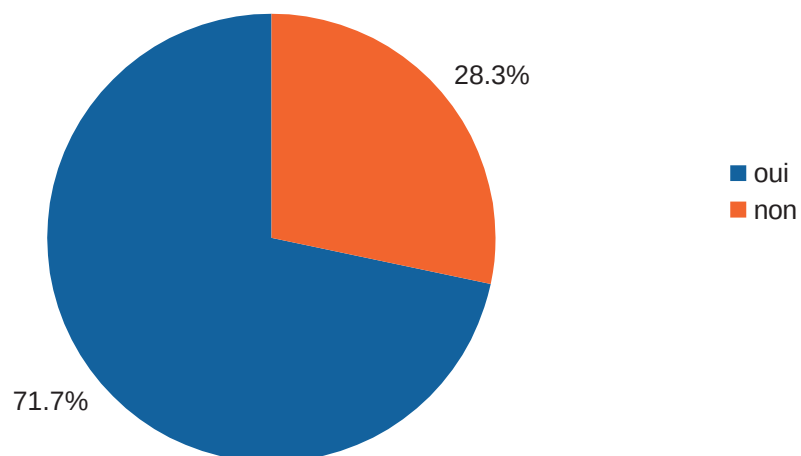


tableau 2:

Quelle fréquence?

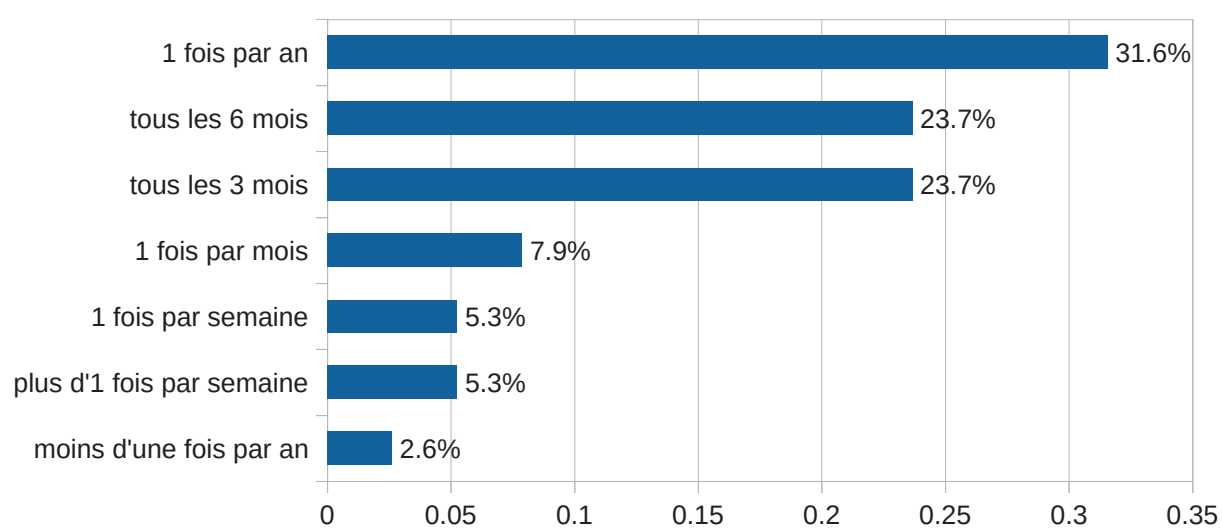


tableau 3:

Avez-vous su proposer une orientation?

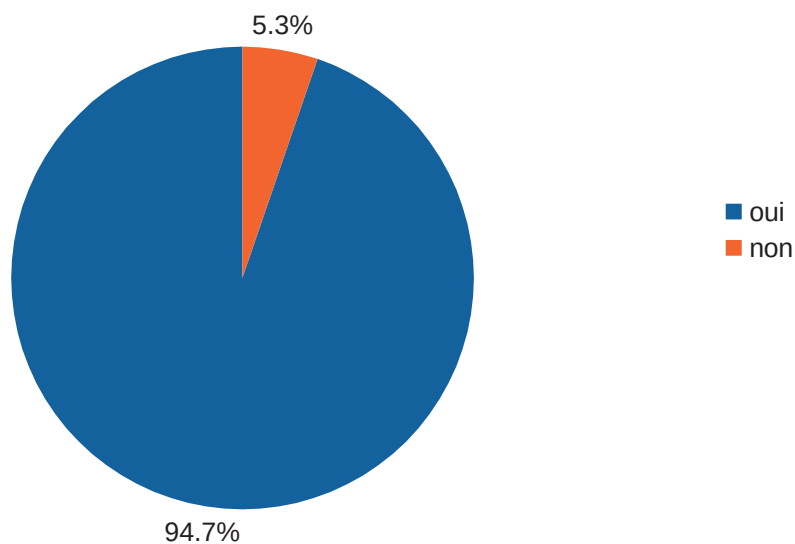


tableau 4:

Quelle orientation?

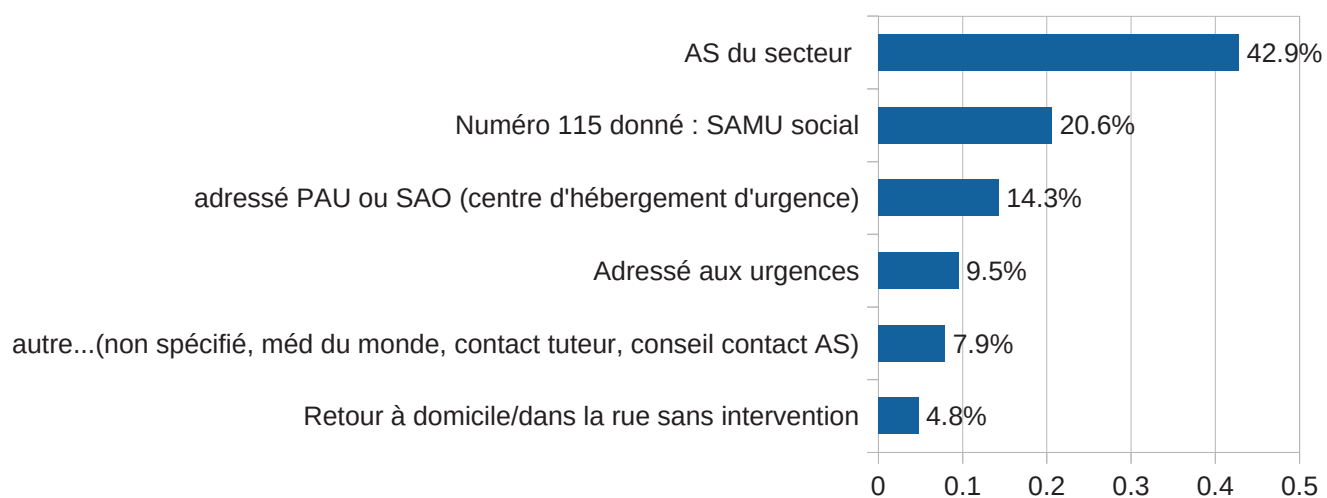


tableau 5:

Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

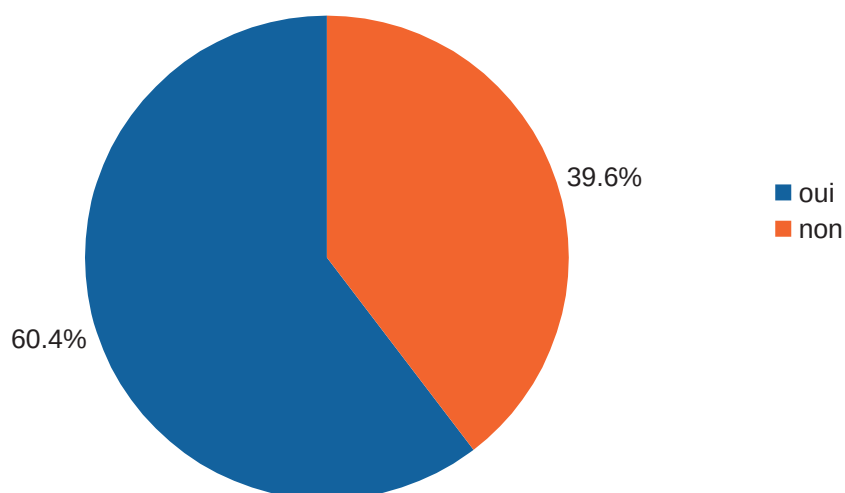
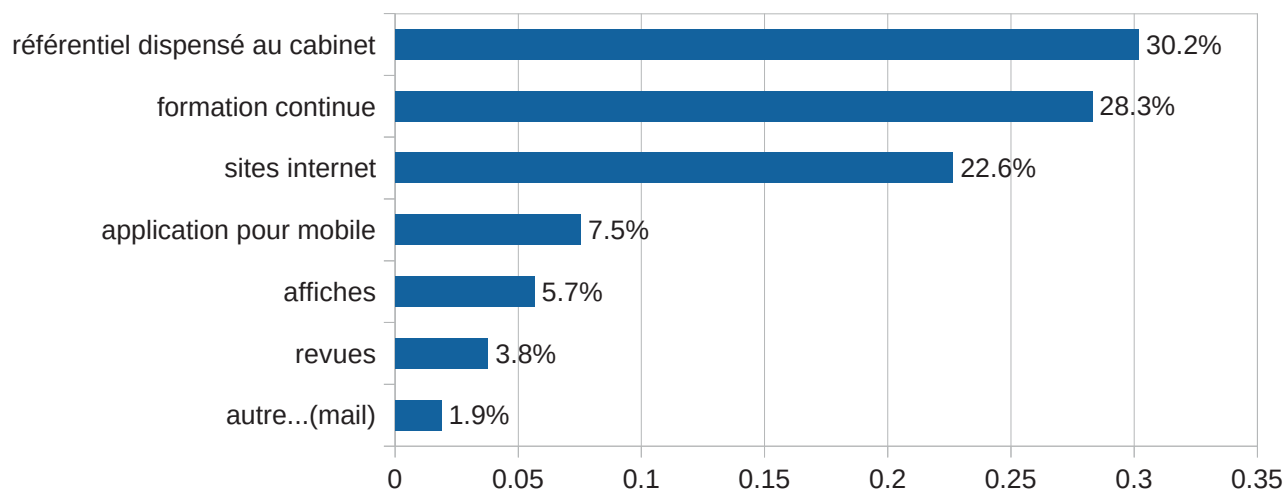


tableau 6:

Quelle information?



5.1.5. Accès aux soins (problème de couverture sociale, problème d'avance de frais):

96.2% des répondants ont déjà été confrontés à la problématique de l'accès aux soins contre 3.8% qui n'ont jamais rencontré cette situation (tableau 1).

21.6% rencontrent cette situation une fois par mois, 17.6% une fois par semaine, 17.6% une fois tous les 6 mois, 15.7% une fois tous les 3 mois, 13.7% plus d'une fois par semaine, et 13.7% une fois par an (tableau 2).

Des généralistes qui ont été confrontés à cette situation, 96.1% ont pu proposer une orientation adaptée à la situation versus 3.9% qui n'ont pas su comment gérer le problème (tableau 3).

43.8% dispensent des soins gratuits ou acceptent un paiement différé, 29.2% adressent le patient à l'assistant social du secteur, 10.4% adressent aux associations caritatives, 8.3% orientent vers la PASS, 6.3% adressent aux urgences, 1% font rentrer le patient sans intervention et 1% adoptent une autre conduite à tenir (prescription sous une autre identité et acte gratuit) (tableau 4).

47.2% des répondants souhaitent plus d'informations dans ce domaine contre 52.8% qui se disent suffisamment bien informés pour pouvoir gérer la situation (tableau 5).

32.4% souhaitent être formés d'avantage sur ce sujet par la formation continue, 32.4% veulent disposer d'un référentiel au cabinet, 18.9% souhaitent avoir accès à des sites internet spécialisés dans ce domaine, 8.1% souhaitent être informés par application mobile, 2.7% veulent disposer d'affiches dans leur cabinet, 2.7% préfèrent des articles dans des revues scientifiques et 2.7% désirent une information par mail (tableau 6).

tableau 1:

Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

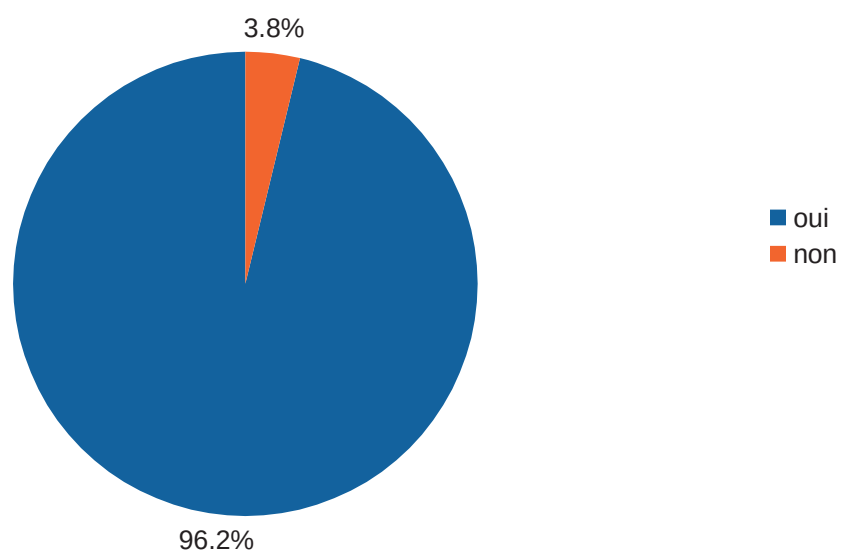


tableau 2:

Quelle fréquence?

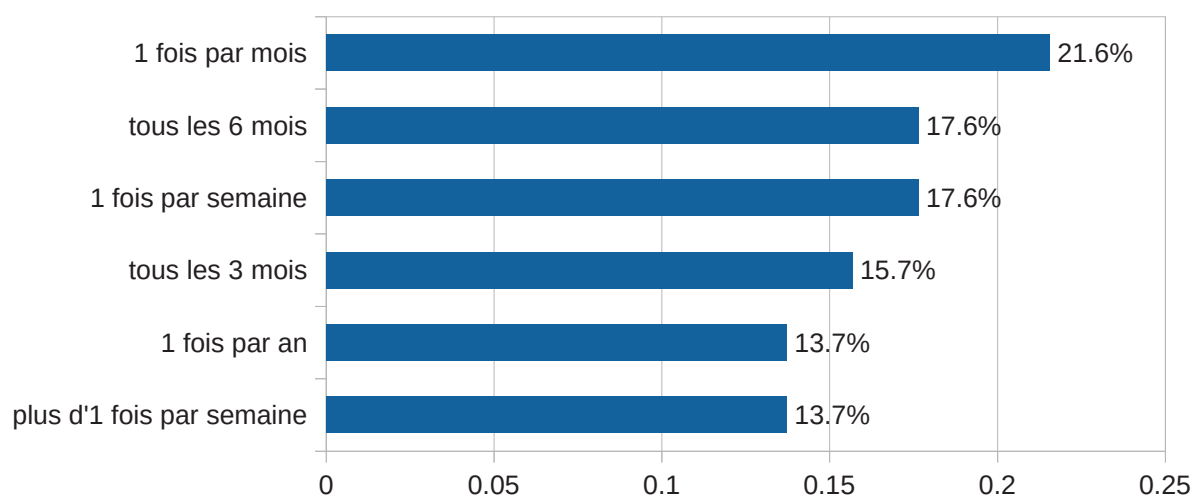


tableau 3:

Avez-vous su proposer une orientation?

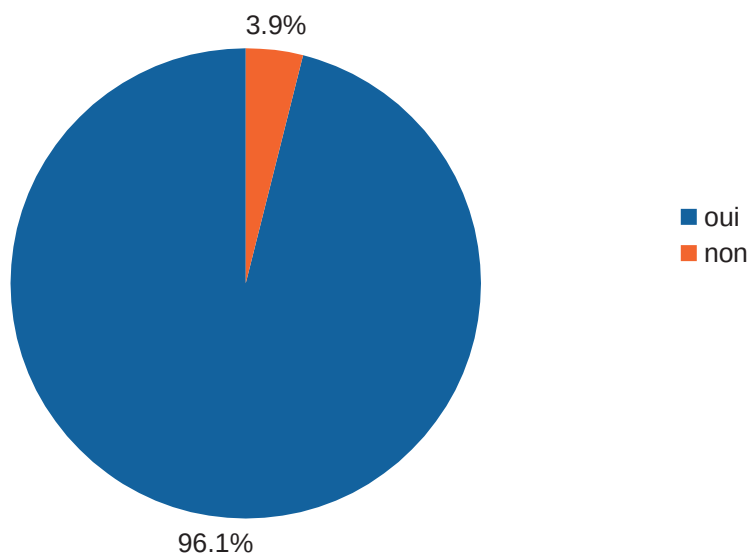


tableau 4:

Quelle orientation?

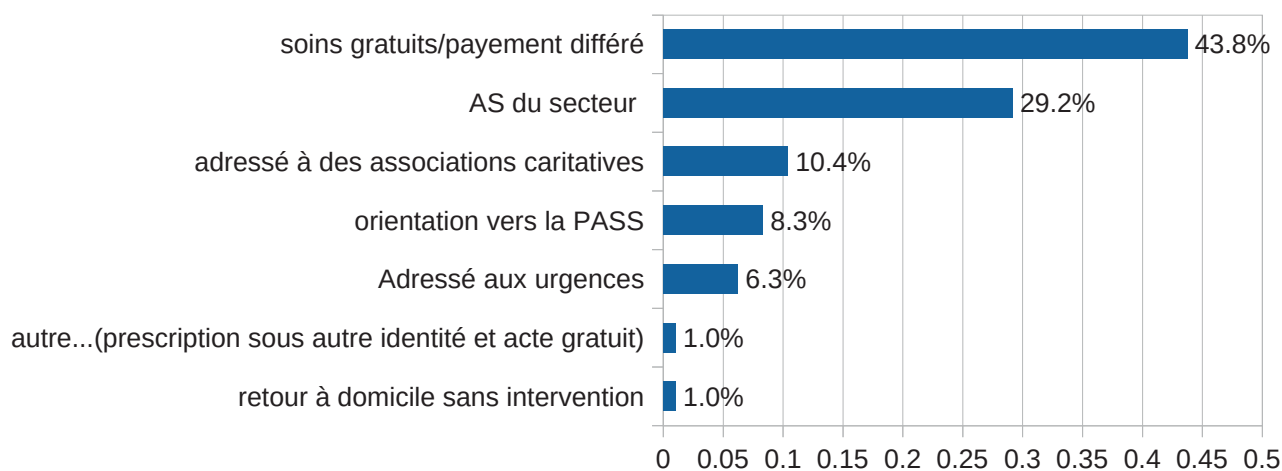


tableau 5:

Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

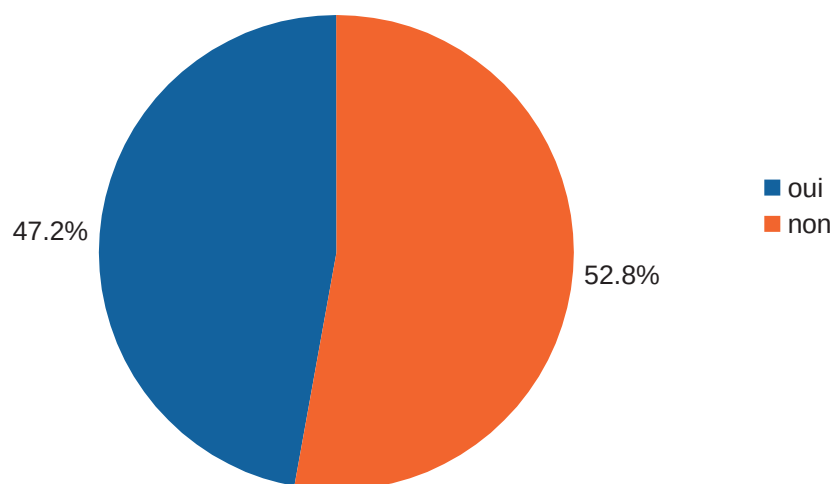
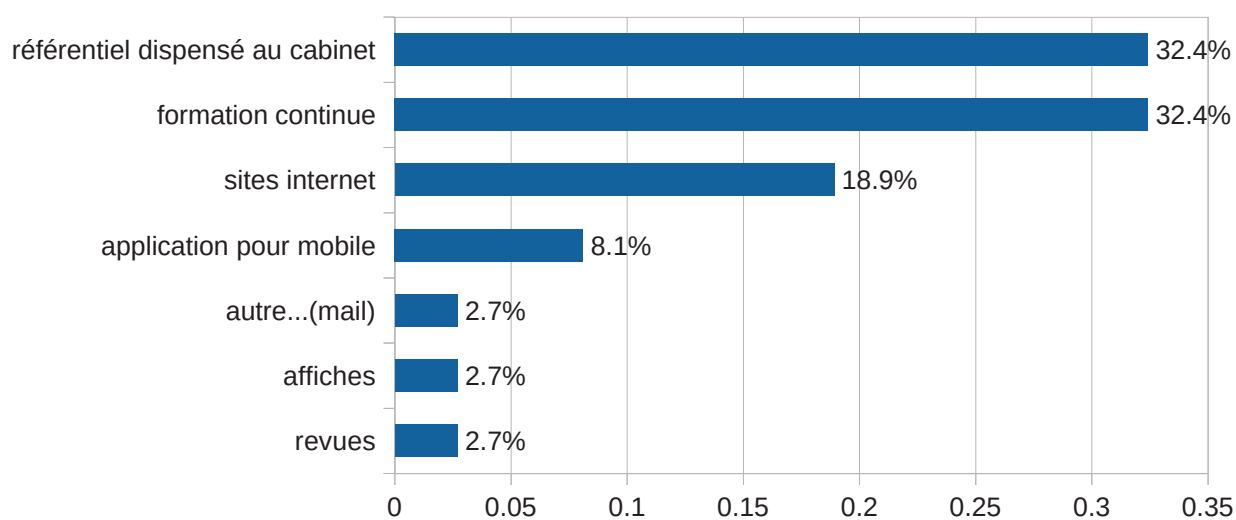


tableau 6:

Quelle information?



5.1.6. Maintien à domicile difficile (personne âgée ou handicapée):

96.2% des répondants ont déjà été confrontés au maintien à domicile difficile ou impossible d'une personne âgée ou handicapée contre 3.8% qui disent ne jamais avoir été confronté à cette situation (tableau 1).

33.3% rencontrent cette situation tous les 6 mois, 31.4% tous les 3 mois, 23.5% une fois par an, 9.8% une fois par mois, 2% plus d'une fois par semaine (tableau 2),

Des généralistes qui ont été confrontés à cette situation, 100% ont pu proposer une orientation adaptée à la situation (tableau 3).

22.3% établissent un certificat médical pour débiter un dossier au Conseil Général, 16.6% adressent les patients à l'assistant social du secteur, 15.9% prévoient une hospitalisation dans un service adapté, 14% adressent aux urgences, 12.1% adressent au Conseil Général antenne PA/PH pour constitution d'un dossier, 12.1% orientent vers des aides familiales ou privées et 7% choisissent une autre orientation (réseau G Cuny, HAD) (tableau 4).

52.8% des répondants souhaitent plus d'informations dans ce domaine contre 47.2% qui se disent suffisamment bien informé pour pouvoir gérer la situation (tableau 5).

31.1% veulent disposer d'un référentiel au cabinet, 26.7% souhaitent être formés d'avantage sur ce sujet par la formation continue, 26.7% souhaitent avoir accès à des sites internet spécialisés dans ce domaine, 6.7% souhaitent être informés par application mobile, 4.4% préfèrent des articles dans des revues scientifiques, 2.2% veulent disposer d'affiches dans leur cabinet, et 2.2% désirent une information par mail (tableau 6).

tableau 1:

Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

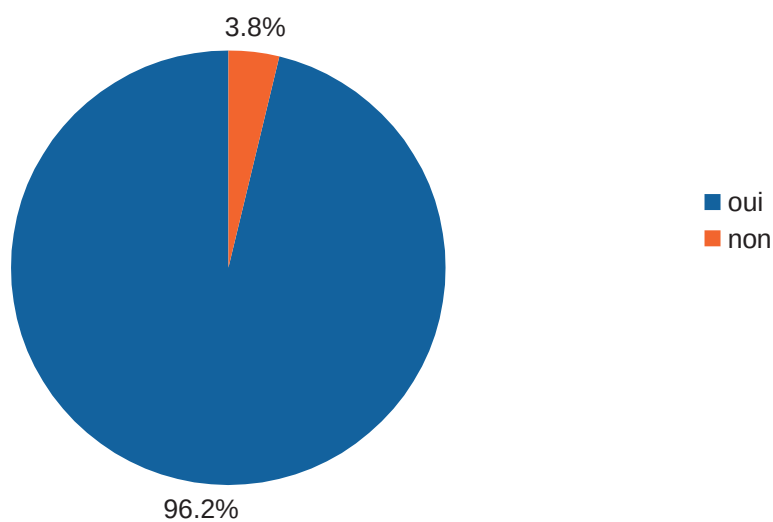


tableau 2:

Quelle fréquence?

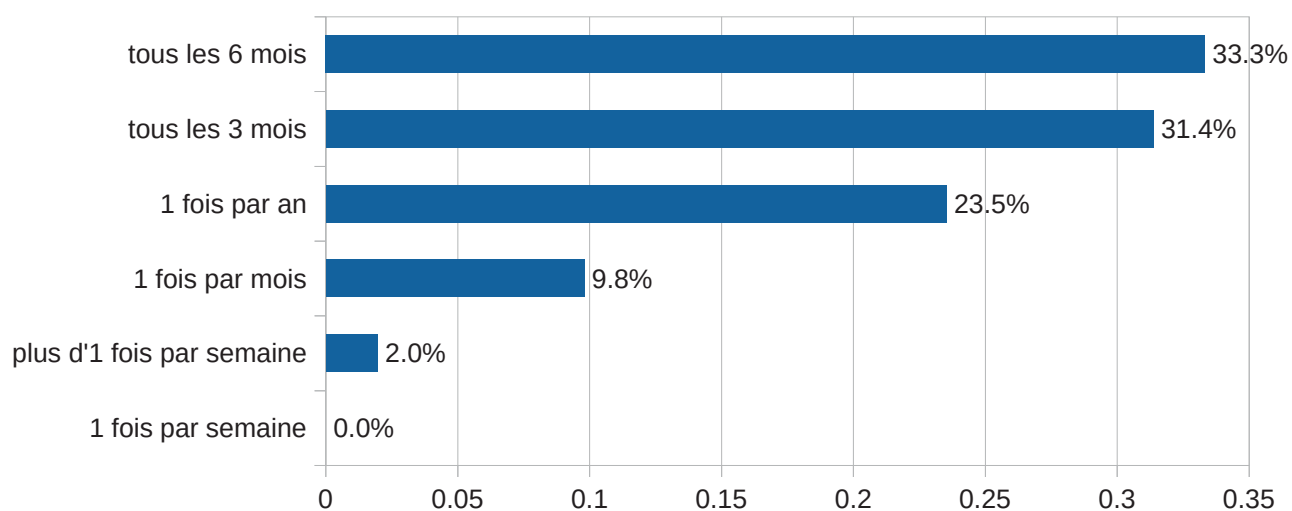


tableau 3:

Avez-vous su proposer une orientation?

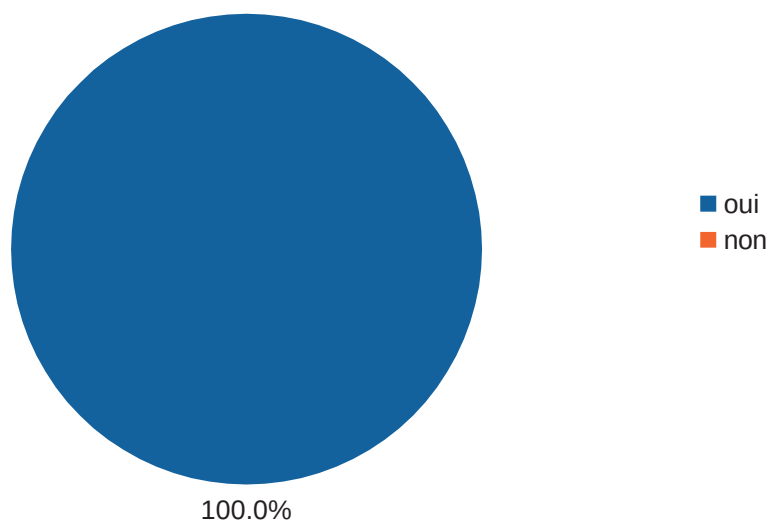


tableau 4:

Quelle orientation?

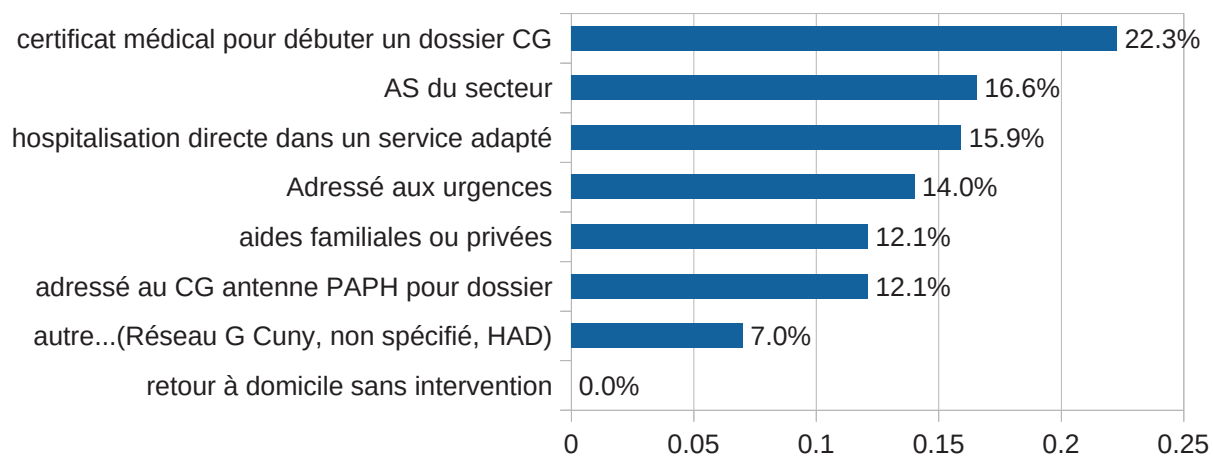


tableau 5:

Souhaitez-vous plus d'information dans ce domaine?

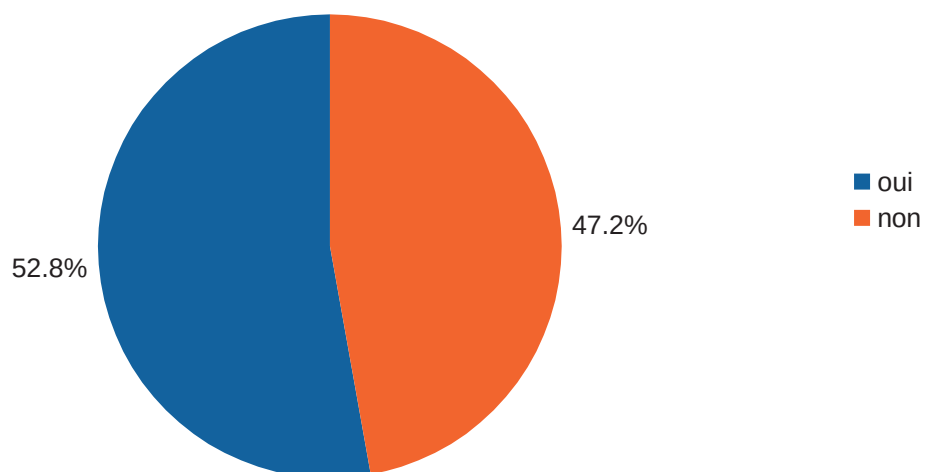
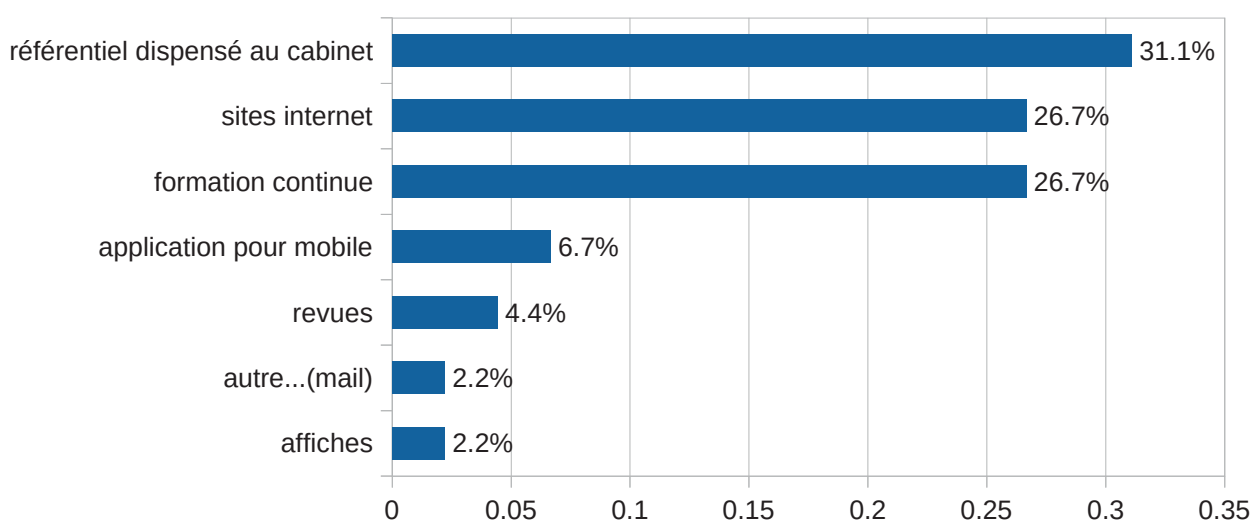


tableau 6:

Quelle information?



5.1.7. Autres situations signalées lors de l'enquête:

1) défaut de prise en charge par négligence administrative des patients

fréquence: une fois par semaine

solutions proposées: guichet CPAM

problèmes rencontrés: absence de CMU (absence de démarche, absence de mise en place, perte d'attestation)

2) harcèlement au travail

fréquence: tous les 3 mois

solutions proposées: arrêt de travail

3) conjoint pervers narcissique (violences psychologiques)

fréquence: 3 fois par an

solutions proposées: soutien psychologique

4) Mise en danger du patient et d'autrui (conduite automobile chez un éthylique chronique)

5) accès aux soins de malades atteints de pathologies psychiatriques ou toxicomanie

fréquence: tous les 3 mois

solutions proposées: urgences psychiatriques, CMP, AS, psychiatre libéral

problèmes rencontrés: délai d'accès à une structure de soins, difficulté d'adhésion du patient

6) demande de traitement remboursable

fréquence: une fois par semaine

solutions proposées: adaptation de l'ordonnance

problèmes rencontrés: perte de temps, impossibilité de savoir si remboursé ou non remboursé

7) manque de structures après le SSR et place en EHPAD pour les patients atteints de maladie d'Alzheimer

solutions proposées:???

8) refus de soins, consultation spécialisée, examen complémentaire

fréquence: une fois par mois

5.2. Discussion:

Il ressort de l'enquête, que toutes les situations sont connues par les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, mais à des degrés variables. Les situations les plus souvent rencontrées sont le maintien à domicile difficile, l'accès aux soins, les violences conjugales et la misère sociale. Les maltraitements de mineurs et de majeurs vulnérables sont plus rarement observés. Les médecins répondants semblent avoir un bon bagage décisionnel, car la plupart indiquent des orientations adaptées. Néanmoins, dans certaines situations, les orientations ne sont pas optimales. Les interrogés signalent majoritairement un besoin d'information dans le domaine de l'urgence sociale, surtout sous forme de formation continue, de référentiels au cabinet et de sites internet ciblés, et cela dans tous les domaines proposés à l'exception de l'accès aux soins. Le taux de réponse de 46.5% est en faveur d'un intérêt particulier porté au sujet exposé.

5.2.1 Maltraitance de majeurs vulnérables:

On relève très peu de signalements au procureur de la République (12.5%), ce qui paraît étonnant. Les patients sont plutôt orientés vers l'assistant social du secteur (25%) et les urgences (20.8%). Pourquoi si peu de signalements ? Une explication pourrait être le fait qu'on parle de majeurs.

Pour pouvoir faire un signalement concernant un majeur, il faut avoir son autorisation au préalable. Pourtant il y a une exception: la vulnérabilité (fragilité due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse). Dans ce cas, on peut signaler directement au procureur de la République, sans accord du patient et sans avoir à craindre une poursuite pour violation du secret médical. Cette exception serait-elle inconnue par les professionnels de santé ?

Un deuxième argument pourrait être le fait que la maltraitance de majeurs vulnérables est très peu rencontrée en pratique courante. Seuls 32.1 % des généralistes interrogés ont déjà été confronté à cette situation.

La faible incidence du signalement au Conseil Général (8.3%) est flagrante. Ceci pourrait être lié au fait qu'il n'y a pas de cellule dédiée à la maltraitance de majeurs vulnérables au niveau du Conseil Général (donc pas de ligne directe), comme c'est le cas pour la maltraitance de mineurs avec la CEMMA. Pourtant, chacun a la possibilité de faire un signalement de type information préoccupante au Conseil Général, au service des majeurs vulnérables (SAV). Ce dernier se charge de lancer une enquête afin d'éclaircir la situation et de transmettre le dossier au procureur de la République, en cas de nécessité, pour poursuite judiciaire. L'inconvénient de ce type de signalement est surtout l'accessibilité du service et les horaires d'ouverture limités. Le signalement au procureur de la République est accessible 24h/24 par un système de garde avec accès facile au numéro de téléphone par le bureau de police ou de gendarmerie.

Un autre argument valable serait que maltraitance = procureur de la République, ce qui suggère que les médecins n'ont pas le réflexe de procéder à un signalement auprès du Conseil Général, faute de connaissance du dispositif.

20.8% des répondants de l'enquête indiquent qu'ils envoient le patient ayant été victime de maltraitements aux urgences. Comparé à la fréquence de la situation, cela nous paraît excessif.

Les orientent-ils aux urgences pour les mettre à l'abri de l'agresseur et pour prévoir une hospitalisation avec enquête sociale ? Ne sont-ils pas sûrs du diagnostic de maltraitance et souhaitent-ils un deuxième avis d'un médecin ayant plus d'expérience en la matière ? Ou ignorent-ils l'existence des différents dispositifs légaux ? Vu le désir largement signalé par les répondants de l'enquête, d'avoir plus d'informations en la matière, nous supposons que la dernière réponse est la plus juste et la plus probable.

5.2.2. Maltraitance de mineurs:

Le signalement au procureur (25.5%) semble très répandu et largement utilisé alors que l'orientation vers la CEMMA (12.8%) est sous-utilisée. Les dispositifs de signalement devraient être bien connus, car ils font régulièrement l'objet d'articles dans la presse médicale et non médicale. Se pose donc la question du pourquoi y a-t-il si peu de signalements à la CEMMA ?

Une réponse pourrait être la gravité de la situation. Cette situation est peu fréquente mais très touchante si un professionnel de santé est confronté à la gérer. Le médecin concerné aura donc plutôt tendance à faire un signalement au procureur de la République que d'appeler la ligne téléphonique de la CEMMA, surtout s'il juge qu'il y a un danger imminent pour l'enfant.

Pourtant, chaque situation de maltraitance de mineurs peut être signalée à la CEMMA qui lance aussitôt une enquête, la plupart du temps le jour même, si l'information préoccupante a été reçue pendant les heures ouvrables. L'enquête permet de déterminer si une intervention de l'aide sociale à l'enfance (ASE) du Conseil Général est suffisante ou s'il faut entamer une procédure judiciaire et transmettre le dossier au parquet. Selon Mme Doumène, la responsable de la CEMMA, cette dernière option est plutôt rare en pratique courante.

Ce qui est frappant (comme pour la maltraitance de majeurs) c'est que 23.4% des médecins orientent les enfants aux urgences. Ceci nous paraît être un taux très élevé surtout si on considère que 52.8% signalent avoir été confrontés à cette situation dans leur pratique courante. Ces 52.8%, n'ont-ils eu que des enfants en péril imminent ? Ceci nous paraît peu probable. Nous avons d'avantage l'impression que les professionnels, vu leur manque d'expérience dans le domaine et la délicatesse de la situation, veulent éviter de passer à côté du diagnostic et de ce fait, orientent les enfants, pour lesquels existe une suspicion de maltraitance, aux urgences pédiatriques pour exploration complémentaire et éventuellement hospitalisation. L'hôpital pédiatrique a plus d'expérience et de moyens à gérer ces situations et à juger de la réalité de la maltraitance. Nous pensons qu'il vaut mieux envoyer un enfant par excès aux urgences pour suspicion de maltraitance que de passer à côté du diagnostic. Le sujet est très délicat et les signes cliniques de maltraitance très difficiles à reconnaître. Un médecin généraliste est parfaitement capable de reconnaître une situation de péril imminent si les signes cliniques sont évidents ou le discours des parents contradictoire mais toute la difficulté est de dépister les situations à risque de maltraitance et les situations aux symptômes trompeurs.

Un autre point intéressant, est l'orientation « autre » qui est choisie dans 21.3% des cas. Il s'agit d'une orientation très hétérogène qui inclut des acteurs très différents: la PMI et l'hôpital (soit en consultation ou en entrée directe dans un secteur pédiatrique). Cette orientation est en faveur de conduites à tenir très variées, probablement influencées par le type de situation. En cas de doute sur la réalité de la maltraitance, des renseignements peuvent être pris auprès de la PMI ou des consultations hospitalières pédiatriques peuvent être organisées, afin de clarifier la situation. Le choix de l'orientation dépend essentiellement de la formation, de l'expérience

personnelle et du réseau professionnel.

12.8% des interrogés orientent les familles vers l'assistant social du secteur. Cette orientation nous paraît surtout utile dans un but préventif. Une surveillance peut ainsi être mise en place pour soutenir les familles à risque, afin d'éviter une maltraitance infantile.

5.2.3. Violences conjugales:

Les personnes victimes de violences conjugales sont majoritairement orientées vers les urgences et la police dans presque 44% des cas, ce qui est un pourcentage non négligeable. L'admission aux urgences nous paraît raisonnable uniquement dans le cas où il y a péril imminent et des blessures physiquement objectivables qui nécessitent une prise en charge médicale. En cas d'absence de lésions, il y a aucun intérêt à adresser la personne aux urgences, sauf si on souhaite le mettre à l'abri de l'agresseur pendant quelques heures.

Envoyer une victime de violences conjugales directement au bureau de police pour déposer plainte nous paraît peu judicieux. Les victimes sont souvent traumatisées par les événements et ont du mal à parler de leur vécu, souvent, ils ne souhaitent déposer plainte dans l'immédiat.

14.1% des répondants indiquent adresser les victimes vers des associations comme la CIDFF ou donner le numéro national de «Violences femmes info» (10.6%), ce qui est loin d'être assez. L'orientation vers des associations semble pourtant être la solution la plus adaptée aux besoins des victimes. On les écoute, ce qui est primordial et on peut les prendre en charge de façon globale. Il ne suffit pas de traiter les blessures physiques et de déposer plainte, il faut aussi savoir assurer la suite (hébergement, travail, enfants, suivi psychologique, suivi social...)

Les violences conjugales sont des situations assez fréquentes, car rencontrées par 84.9% des médecins généralistes répondants, les orientations devraient donc être connues. En plus, ces derniers temps, on en a parlé à plusieurs reprises dans la presse médicale et entre autre à la semaine médicale de Lorraine de 2013 où les structures d'accueil ont été présentées.

Pourquoi ces deux orientations (urgences et police) sont-elles majoritairement choisies par les médecins ? Par moyen de facilité et d'accessibilité, car disponibles 24h/24 et 7j/7 ? Ceci nous paraît plausible. Mais il faut aussi souligner que les généralistes voient les victimes dans leur consultation de jour (hors week-end et nuit) donc au cours des heures d'ouverture des associations. Ils auraient donc la possibilité de les adresser directement là-bas, où ils pourraient être pris en charge plus rapidement que dans un service d'accueil d'urgence avec des délais d'attente plus longs.

11.8% orientent les patients vers l'assistant social du secteur, probablement en vue de mettre en place un dispositif d'aide (surtout droits financiers et matériels). Malheureusement, cette prise en charge nous paraît moins complète que celle auprès d'une association de victimes spécialisée dans le domaine.

Seuls 8.2% des médecins contactent le conjoint à des fins de médiation. Une explication à ce faible pourcentage pourrait être la problématique de confrontation directe à l'auteur des faits, avec un risque de création de tensions et de violences réactionnelles.

5.2.4. Précarité/Misère sociale:

Les personnes sont, dans 42.9% des cas orientées vers l'assistant social du secteur, ce qui est une orientation tout à fait légitime et souhaitable. La plupart des patients vus en médecine générale ambulatoire et ayant des problèmes de précarité, nécessitent une prise en charge sociale globale et coordonnée par une structure compétente, ce qui est aussi bien le cas des centres médico-sociaux (CMS) que des centres communaux d'actions sociales (CCAS). La prise en charge implique aussi bien les ressources financières, le logement, l'alimentation, les vêtements, la scolarisation des enfants et la couverture maladie...

L'orientation vers le numéro 115 est réalisée dans 20.6 % des cas. Ceci est en faveur d'une meilleure connaissance de ce numéro, par rapport à celui de «Allô Maltraitance personnes âgées ou handicapées», «Allô enfance en danger» et «Violences Femmes Info». Le 115 est un numéro géré sur le plan départemental, où chaque personne en détresse sociale ou ayant connaissance d'une situation de détresse d'une autre personne, peut appeler et demander conseil et orientation. Le cas échéant, l'équipe mobile d'intervention, à savoir le SAMU social, en étroite relation avec le 115, peut se déplacer chez la personne concernée pour apporter une aide directe.

14.3% des répondants indiquent qu'ils adressent les patients au service d'accueil et d'orientation (SAO) pour hébergement en urgence. Ceci concerne surtout les personnes sans domicile fixe qui nécessitent un hébergement rapide.

Seuls 9.5% des interrogés déclarent orienter les patients précaires vers les urgences. Cette orientation peut être judicieuse dans des cas de pathologies graves qui nécessitent un bilan hospitalier approfondi et immédiat. Dans toute autre situation, il est en effet plus adapté d'orienter le patient en état de précarité, vers la PASS, pour prise en charge médico-sociale, respectivement vers l'assistant social du secteur. Ces structures peuvent assurer un suivi de dossier, ce qui n'est pas toujours possible après un passage aux urgences.

5.2.5. Accès aux soins:

Selon l'enquête, la problématique de l'accès aux soins est très souvent rencontrée. 43.8% des médecins indiquent dispenser des soins gratuitement ou différer le paiement, ce qui est un pourcentage non négligeable. Ceci montre que l'accès aux soins est un vrai problème et risque de s'accroître encore dans les années à venir vu le déclin de la situation économique. Prendre en charge son état de santé risque de devenir un vrai luxe.

29.2% des médecins indiquent orienter les patients avec des problèmes d'accès aux soins vers l'assistant social du secteur en vue d'une ouverture de droits. Ceci est en effet la démarche souhaitable, même si elle n'aboutit pas toujours à un résultat.

Ce qui est frappant par contre, c'est le faible pourcentage d'orientation (8.3%) vers le service de permanence d'accès aux soins de santé (PASS). Ce service permet des consultations de médecine générale et s'adresse à des personnes qui sont en France depuis moins de 3 mois (absence de titre de séjour), à toute personne ayant une couverture sociale insuffisante ou en situation de précarité. Ce dispositif serait-il méconnu des généralistes de Nancy ? Cette

réponse nous paraît très peu probable, car des services de PASS existent dans la plupart des hôpitaux de France et sont en général connus par les médecins exerçant en libéral. Une explication pourrait être le fait que les médecins rencontrent peu de patients répondant au premier critère, à savoir des demandeurs d'asile, en France depuis moins de 3 mois et sans titre de séjour.

Il faut remarquer que les Français en état de précarité, ou avec couverture sociale insuffisante, ont souvent accès à des droits, il suffit de les ouvrir en les adressant à la CPAM ou à l'assistant social du secteur. Malheureusement ceci n'est pas toujours fait. La personne ayant des droits théoriques se retrouve sans droits pratiques.

10.4% indiquent adresser les personnes à des associations caritatives. Ceci peut être une option valable si on souhaite une prise en charge globale de la personne. On peut à la fois procéder à une ouverture de droits par l'intermédiaire d'un assistant social et s'occuper de la problématique de précarité d'une façon plus générale (problèmes de santé, hébergement, alimentation, vêtements...)

Seuls 6.3% signalent une orientation aux urgences. Ce faible pourcentage est rassurant, car en effet, nous voyons peu d'utilité à cette orientation, sauf en cas de nécessité de soins vitaux et urgents qui ne peuvent être dispensés à la PASS ou chez des associations caritatives accueillant des personnes sans couverture sociale.

5.2.6. Maintien à domicile difficile de la personne âgée/handicapée:

Le maintien à domicile semble être plutôt bien géré avec l'orientation vers le Conseil Général dans 34.4% (22.3%+12.1%) des cas, pour la constitution d'un dossier de demande d'aides, afin de favoriser le maintien à domicile. L'assistant social du secteur est l'interlocuteur de choix dans 16.6% des cas. Il renseigne sur les différentes aides disponibles et oriente le patient et sa famille vers les structures compétentes pour la mise en place d'aides (publiques et privées).

Seuls 7 % des répondants, prennent contact avec les réseaux gérontologiques et le service d'hospitalisation à domicile. Les réseaux gérontologiques, tel le réseau Gérard Cuny, sont pourtant des interlocuteurs précieux. Ils réalisent une évaluation globale du patient à domicile dans le but de déterminer son degré de dépendance et le type d'aide nécessaire. Ceci permet une aide très ciblée et adaptée aux besoins de la personne âgée. Ils assurent également un suivi en pratiquant des évaluations régulières. Ils peuvent également orienter la famille vers les structures compétentes afin de réaliser les demandes. En même temps, le médecin traitant sera tenu au courant des aides nécessaires et de l'évolution de son patient.

On note une fraction très importante d'hospitalisations directes dans les services, avec un taux de 15.9%. Une part qui saura augmenter depuis la mise en place récente de l'unité de gériatrie en entrée directe (UGED).

14 % des répondants indiquent adresser les patients en rapport avec un maintien à domicile difficile aux urgences. Nous sommes étonnés d'un pourcentage aussi bas, car nous avons l'impression d'avoir un taux de passage plus important de personnes âgées en perte d'autonomie au service des urgences. Ce pourcentage devrait pourtant baisser avec la mise en

place de l'UGED.

12.1% des interrogés ont recours directement aux aides familiales et privées, sans passer par une aide financée par le Conseil Général. Ce dispositif occupe une place particulière, car il peut être mis en place très rapidement sous condition de disponibilité des aidants et de moyens financiers conséquents. Le dispositif incluant des aides privées reste malheureusement réservé à une population aisée.

5.3. Critique de l'enquête:

Tous les généralistes de Nancy (hors couronne) ont eu un courrier leur demandant de donner des renseignements sur leur expérience dans le domaine de l'urgence sociale. Il n'a pas été tenu compte de leur âge, de leur expérience, de leur patientèle ni du quartier dans lequel ils exercent. Ce fait peut expliquer la diversité des réponses et le manque d'homogénéité. Le questionnaire employé permet d'augmenter le taux de réponse, car simple et rapide à remplir (comparé à une enquête avec rendez-vous personnels) mais il a comme principal défaut d'orienter et de limiter les réponses des participants même si nous avons essayé d'y remédier en laissant une ligne « autre » qui était sensée permettre aux répondants de s'exprimer librement.

Le deuxième défaut de notre enquête est la taille de l'échantillon qui est relativement faible avec 112 questionnaires envoyés. Néanmoins, le taux de réponse à 46.5% permet d'avoir un échantillon assez solide pour en tirer des conclusions valables pour le territoire de Nancy et couronne.

6. Troisième partie: le référentiel

6.1. Maltraitance de majeurs vulnérables:

Définition:

- La maltraitance: consiste en un acte unique ou répété, ou en l'absence d'intervention appropriée, dans le cadre d'une relation censée être une relation de confiance, qui entraîne des blessures ou une détresse morale pour la personne qui en est victime. Ce type de violence constitue une violation des droits de l'homme et recouvre les violences physiques, sexuelles, psychologiques ou morales; les violences matérielles et financières; l'abandon; la négligence; l'atteinte grave à la dignité ainsi que le manque de respect. (2)
- Majeur vulnérable: est toute personne de plus de 18 ans, dont la particulière fragilité est due à l'âge, à une maladie, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse. (3)

Quand y penser?

Signes évocateurs multiples mais non spécifiques:

- Personne dépendante d'une tierce personne pour la vie quotidienne et/ou présentant un déficit sensoriel et/ou cognitif
- Traumatismes physiques évidents (brûlures, plaies, hématomes, fractures, âges variés des lésions et/ou fractures répétées) et incapacité ou embarras pour expliquer les lésions
- Troubles du comportement (confusion, tristesse, pleurs, peur, repli sur soi, agressivité)
- Troubles alimentaires (anorexie, boulimie)
- Signes de négligence (mauvaise hygiène, vêtements sales et inadaptés, dénutrition, déshydratation, escarres, mauvaise utilisation des médicaments)
- Admissions répétées hospitalières, chutes répétées...

Quand intervenir?

- En cas de péril imminent
- En cas où le patient évoque une maltraitance
- Toujours avec accord du patient sauf péril imminent

Quelle conduite à tenir?

- En cas d'urgence: hospitalisation
- En cas de situation moins urgente:
 - ✗ Signalement au procureur de la République (03.83.90.85.00) en dehors des heures de bureau

- ✘ Information préoccupante au Service d'adultes vulnérables (SAV) du Conseil Général pendant les heures de bureau
- ✘ prendre contact avec l'assistant social du CMS du secteur
- ✘ Numéro National 3977 (Allô Maltraitance personnes âgées ou handicapées)

(9, 32)

6.2. Maltraitance de mineurs:

Définition:

La maltraitance de mineurs désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes, de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes. (4)

Quand y penser?

Signes évocateurs multiples mais non spécifiques:

- Plaies, brûlures, ecchymoses, déformations
- Nombreuses consultations, hospitalisations
- Carence de soins: maigreur, retard staturo-pondéral ou du développement psychomoteur, enfant sale ou négligé
- Plaintes somatiques: céphalées, douleurs abdominales
- Troubles alimentaires: anorexie, boulimie, vomissements répétés
- Enurésie, oncoprésie
- Troubles du comportement: tristesse, anxiété, pleurs, repli sur soi, agitation, demande affective exagérée, rejet, violence
- Difficultés scolaires: absentéisme, échec, désinvestissement, évitement, fugues, violences agies ou subies, agressivité

Quand intervenir?

- En cas de péril imminent
- En cas où l'enfant évoque une maltraitance
- En cas de suspicion de maltraitance

Quelle conduite à tenir?

- En cas d'urgence (péril imminent):
 - ✗ si accord parental donné: hospitalisation
 - ✗ si accord parental refusé:

saisi du procureur de la République (03.83.90.85.00) ou de son substitut au Parquet des mineurs (en passant par la police ou la gendarmerie):

- ✓ réalisation d'un signalement
- ✓ demande d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), confiant

l'enfant à l'hôpital ou au service de protection de l'enfance pour une durée maximale de huit jours

➤ En cas de situation moins urgente:

✕ Information préoccupante à l'aide sociale à l'enfance par la Cellule Enfance Maltraitée Accueil:

✓ Ligne Azur 0 810 27 69 12 (lundi au vendredi de 8h30 à 17h30)

✓ Ligne Verte 119 (N° national « Allô Enfance en Danger », 24h/24 et 7j/7)

(11,33)

6.3. Violences conjugales:

Définition:

La violence conjugale englobe tous les actes de violence dirigés contre le conjoint, et causant ou pouvant causer aux conjoints un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée. (5)

Quand y penser?

Signes évocateurs multiples mais non spécifiques:

- traumatiques (contusions, plaies, brûlures, fractures, hématomes)
- gynécologiques (lésions périnéales, infections sexuellement transmissibles, douleurs pelviennes, dysménorrhées)
- obstétricales
- somatiques (douleurs chroniques, céphalées, asthénie, engourdissements, palpitations, difficultés à respirer, anorexie, boulimie)
- psychologiques (honte, sentiment de culpabilité et d'impuissance, auto-dévalorisation)
- comportementaux (humeur changeante, refus d'examen clinique, consultations fréquentes pour motifs différents et contradictoires)

Certains facteurs de risque doivent éveiller l'attention:

- jeune âge des femmes
- faible niveau d'éducation
- usage nocif d'alcool et de stupéfiants
- mésentente ou instabilité du couple
- période de séparation
- grossesse et naissance
- exposition à des maltraitances dans l'enfance
- témoin de violences parentales

Quand intervenir?

- en cas de péril imminent
- en cas de violences avérées
- en cas de suspicion de violences
- toujours avec accord du patient sauf péril imminent

Quelle conduite à tenir?

- dépistage actif par une question spontanée ou un questionnaire de type WAST ou WEBS (voir ci-contre)
- écoute +++
- soigner les symptômes signalés
- expliquer les violences conjugales aux victimes (différentes phases du cycle de Walker: voir ci-contre)
- rappeler le cadre législatif (violence conjugale = délit reconnu par la loi)
- évaluer la gravité en recherchant des facteurs pouvant annoncer un épisode grave +++
 - ✕ présence d'une arme au domicile
 - ✕ menaces de mort
 - ✕ abus d'alcool ou de substances psychoactives de la part du partenaire
 - ✕ antécédents judiciaires
 - ✕ contexte familial, social et économique
- si situation à risque élevé proposer un éloignement du domicile (hébergement chez un proche, hospitalisation de protection en urgence)
- proposer à la victime de déposer plainte et rédiger un certificat descriptif
- signalement au procureur si péril imminent ou état de vulnérabilité, sans accord de la victime mais problème de définition
- établir un scénario d'urgence avec la victime
- adresser la victime vers des structures spécialisées:
 - ✕ Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF)
 - ✕ N° 3919 «Violences Femmes Info»

(34, 35)

Woman Abuse Screening Tool (WAST)

1. En général, comment décririez-vous votre relation de couple? (très tendue, quelque peu tendue, aucune tension)
2. Quand il y a dispute dans votre couple, réglez-vous le conflit avec...(beaucoup de difficulté, une certaine difficulté, aucune difficulté)
3. Vos disputes vous font-elles parfois vous sentir rabaissée ou vous bouleversent-elles? (souvent, quelquefois, jamais)
4. Les disputes se terminent-elles parfois par des gifles, des coups ou de la bousculade? (souvent, quelquefois, jamais)
5. Avez-vous parfois peur de ce que peut dire ou faire votre partenaire? (souvent, quelquefois, jamais)
6. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous physiquement? (souvent, quelquefois, jamais)

7. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous psychologiquement? (souvent, quelquefois, jamais)

8. Votre partenaire a-t-il déjà abusé de vous sexuellement? (souvent, quelquefois, jamais)

Women's experience with battering scale: WEBS

1. Je ressens une insécurité dans ma propre maison
2. Je me sens honteuse des choses qu'il me fait
3. J'essaie de ne pas le contredire car j'ai peur de ce qu'il pourrait faire
4. J'ai l'impression qu'il me garde prisonnière
5. J'ai l'impression de ne plus avoir de contrôle sur ma propre vie, ni de pouvoir, ni de protection
6. Je cache la vérité aux autres car j'ai peur de la dire
7. J'ai l'impression que je lui appartiens et qu'il me contrôle
8. Il peut m'effrayer sans lever une main sur moi
9. Il a un regard qui me transperce et me terrifie

Réponses : pas du tout d'accord=1 ; parfois d'accord = 2 ; un petit peu d'accord = 3 ; un peu d'accord = 4 ; parfois d'accord = 5 ; tout à fait d'accord = 6.
si total > ou égal à 20 : positif

cycle de Walker:

1. phase d'escalade (accumulation des tensions)
2. explosion de la violence (psychologique, verbale, physique, socio-économique, sexuelle)
3. justification et déresponsabilisation (minimisation des actes par l'agresseur, culpabilisation de la victime)
4. lune de miel ou réconciliation

(36)

6.4. Précarité/Misère sociale:

Définition:

La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. (6)

Repérer la précarité:

Evaluation de la précarité par l'intermédiaire du Score d' EPICES:

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

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

Un score supérieur à 30 définit un état de précarité. (37)

Quelle conduite à tenir?

orienter les patients vers les partenaires compétents en fonction de leurs demandes:

- pour les sans-abris:

Médecins du Monde
5, rue de l'Armée Patton à Nancy
☎ 03 83 27 87 84
• les lundis et mercredis de 14h à 16h
• le vendredi de 9h à 11h

Service des Urgences
Hôpital Central
rue Lionnois à Nancy
☎ 03 83 85 85 85

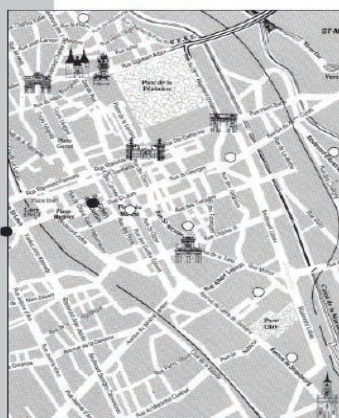
UMS Espace Lionnois
CHU de Nancy
29, rue Lionnois à Nancy
☎ 03 83 85 97 04
• Permanence médicale et sociale
du lundi au vendredi de 9h à 12h

L'ÉCHANGE
7, rue Lionnois à Nancy
☎ 03 83 39 88 10
• Accueil et accompagnement à la réduction
des risques pour les usagers de drogues
• les lundis et mardis de 10h à 13h
• les mercredis, jeudis et vendredis de 15h à 18h
• Permanence décentralisée de la CDAG
(dépiquage VIH, VHC, VHC)
1^{er} et 3^{ème} jeudi du mois de 15h à 17h

AIDES
66, rue Stanislas à Nancy
☎ 03 83 35 32 32
• Accueil et accompagnement à la réduction
des risques pour les usagers de drogues
• les lundis, mardis et vendredis de 14h à 17h
les jeudis de 10h à 12h30
• Premiers soins les mardis et vendredis après-midi
• Dépistage rapide du VIH pendant nos accueils
• Consultation de dépistage VIH, hépatites et IST
le 3^{ème} mardi du mois animée par la MGEN

Service Accueil Orientation

Information
Orientation demandeurs d'asile
15, rue Gilbert à Nancy
☎ 03 83 19 21 31
permanence téléphonique de 12h à 14h
Accueil de 8h30 à 12h et de 14h à 18h30
• **Autres demandes**
47, rue de la Commanderie à Nancy
☎ 03 83 39 56 21



N° d'urgence gratuit 115

guide pratique 2013/2014

Sans-Abri
à Nancy,

Appelez le 115 (N° d'urgence gratuit)

SAMU SOCIAL
du 1^{er} novembre 2013
au 30 mars 2014 de 18h à 22h

• à conserver près de votre téléphone
pour venir en aide aux sans-abri

• disponible au :
Service Accueil Orientation
15, rue Gilbert
47, rue de la Commanderie
Au 32 d'la rue
32, rue Sainte-Anne

Au 32 d'la rue
du 1^{er} novembre 2013 au 31 mars 2014

Accueil de jour
32, rue Sainte-Anne à Nancy
☎ 03 83 35 17 16

• ouverture de la boutique
mardi de 13h30 à 17h
mercredi de 13h30 à 16h
lundi, jeudi, vendredi, samedi et dimanche
de 14h à 17h

• présence de Médecins du Monde
jeudi de 14h à 16h, tous les 15 jours

Repas du soir
du 18 novembre 2013 au 28 mars 2014
rue du Pont Cézard à Nancy
(derrière l'église Saint-Georges)

• du lundi au vendredi de 18h30 à 19h45

Ordre de Malte - France
du 17 novembre 2013 au 30 mars 2014
rue du Cloître
(Près de la Cathédrale)

• Chaque dimanche de 18h à 19h45
Distribution d'une soupe chaude
sur le domaine public

«La Soupe pour les Sans Abri»
tous les dimanches de l'année

• de 10h à 12h
Pavris des principales églises
de l'agglomération nancéienne
Distribution de soupe, boissons,
colis alimentaires et vêtements

• de 12h à 14h
Cours Léopold
Distribution de repas chauds, boissons,
colis alimentaires et vêtements

Présence de médecins de «La Soupe»
ou de «Médecins du Monde»
Présence 1 dimanche sur 2 d'un intervenant
de l'Echange ou d'Aides

En semaine
Dépannages alimentaires et vestimentaires
Démarques administratives

Armée du Salut
du 1^{er} novembre 2013 au 31 mars 2014
2, rue Clodion à Nancy
☎ 03 83 37 30 89

• du lundi au vendredi de 8h30 à 10h15
• présence de Médecins du Monde
le jeudi de 9h à 10h30, tous les 15 jours

• vente de vêtements 2 fois par mois
les vendredis de 14h à 17h
les samedis de 9h à 12h
sans interruption

• cours d'alphabétisation (Rue Sébastien Leclerc)
mardi et vendredi de 9h30 à 11h30

Vestiaire
Secours Populaire Français
3, rue du Charmois à Nancy
☎ 03 83 51 78 26

• du lundi au samedi de 14h à 16h30
et du mardi au samedi de 9h à 11h30

Aides Alimentaires
Secours Populaire Français
100, avenue du Général Leclerc
☎ 03 83 44 53 04

• sur rendez-vous du lundi au vendredi
de 9h à 12h et de 14h à 16h

Vestiaire de la Colline
Secours Catholique
13, impasse de la Colline à Nancy
☎ 03 83 96 79 54

• sur rendez-vous, du mardi au vendredi
de 14h à 16h30

Vestiaire de la Croix Rouge
2, rue Saint-Fiacre à Nancy
☎ 03 83 37 43 40

• le mercredi de 9h à 11h
et de 14h à 16h30
le jeudi de 9h à 11h

- accès au logement: Service d'accueil et d'orientation (SAO), Centre médico-social (CMS) du Conseil Général
- accès à l'alimentation et aux vêtements: Centre communal d'action sociale (CCAS) des communes
- accès au revenu: CMS, Caisse d'allocations familiales (CAF)
- accès à une couverture maladie: voir paragraphe 6.5 (38, 39)

6.5. Accès aux soins:

Définition:

L'accès aux soins peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin. L'accès est lié à la présence (ou l'absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographiques ou autres lors de l'utilisation de ces services. (7)

Quelle conduite à tenir?

pour obtenir de l'aide dans la réalisation des demandes administratives, la personne concernée peut s'adresser au CMS ou au CCAS de son secteur, pour plus d'informations www.cmu.fr

4 situations sont à distinguer:

1) personnes en situation régulière:

= Français à faibles ressources, étrangers en France depuis plus de 3 mois avec titre de séjour ou récépissé

- **Couverture médicale universelle (CMU):** gratuite en-dessous d'un certain plafond sinon payante, prend en charge que la part obligatoire, demande à faire auprès de la CPAM, demande de renouvellement chaque année
- **Couverture médicale complémentaire (CMU-C):** si bénéficiaire d'une assurance maladie mais ressources inférieures à un plafond, prend en charge la part complémentaire et la participation forfaitaire, dispense d'avance des frais, demande à déposer à la CPAM, demande de renouvellement chaque année
- **Aide pour une Complémentaire Santé (ACS):** si les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU complémentaire, donne une aide financière pour payer la complémentaire santé qui prend en charge la part complémentaire, dispense d'avances des frais pour la part obligatoire, demande à déposer à la CPAM, demande de renouvellement chaque année

2) personnes en situation irrégulière

= étrangers en France depuis plus de 3 mois, sans titre de séjour

- **Aide médicale d'état (AME):** ressources ne dépassant pas le plafond de la CMU-C dispense d'avance de frais, à renouveler chaque année

3) personnes en France depuis moins de 3 mois:

absence de titre de séjour, toute personne ayant une couverture sociale insuffisante ou en situation de précarité

➤ **Permanence d'accès aux soins de santé (PASS):**

- ✕ consultations médicales gratuites
- ✕ accompagnement social
- ✕ délivrance gratuite de médicaments
- ✕ orientation vers les services médicaux spécialisés du CHU

4) personnes ayant une couverture sociale suffisante mais ne pouvant pas avancer les frais et n'ayant ni droit à la CMU-C ni à l'ACS

- possibilité de paiement différé de la consultation médicale une fois le remboursement de l'assurance maladie fait

(40, 41)

6.6. Maintien à domicile difficile de la personne âgée:

Définition:

Le concept du maintien à domicile résume l'ensemble des moyens personnalisés mis en œuvre pour permettre à une personne âgée en perte d'autonomie de continuer à vivre chez elle dans de bonnes conditions. (8)

Quand y penser?

En identifiant les facteurs de fragilité grâce à la grille SEGA-A:

	0	1	2	Score :
Age	74 ans ou moins	Entre 75 et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide prof.	FL ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou +	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3 kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue ou traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et / ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aigüe, démence)	
TOTAL :				 / 26

INTERPRETATION		
Score ≤ 8 Personne peu fragile	8 < Score ≤ 11 Personne fragile	Score > 11 Personne très fragile

(42)

Quand intervenir?

- Personne de plus de 60 ans et répondre à des critères de fragilité
- Intervention possible sur demande de la personne âgée, de la famille, du médecin traitant ou de tout professionnel

Quelle conduite à tenir?

Contacter le réseau gériatrique de la communauté urbaine du Grand Nancy (réseau Gerard Cuny) pour l'élaboration d'un plan personnalisé de santé après réalisation d'une évaluation médico-psycho-sociale pour favoriser un maintien à domicile optimal.

Les différentes aides disponibles sont:

1) les soins à domicile:

- sur prescription médicale
- pour les personnes GIR 1 à 4
- cumulable avec l'APA
- par les cabinets infirmiers libéraux
- par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)
- par les prestataires
- de type hospitalisation à domicile (HAD)

2) l'aide à domicile:

- financement par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA):
 - ✕ pour les personnes GIR 1 à 4
 - ✕ renseignements au centre local d'information et de coordination (CLIC), dossier à déposer auprès du Conseil Général antenne personnes âgées-personnes handicapées
 - ✕ condition de ressource du foyer: prise en charge entre 10 et 100 %
 - ✕ couvre les prestations suivantes:
 - ✓ aide ménagère: soins personnels (aide à la toilette, préparation des repas) et travaux ménagers (laver, repasser, faire la vaisselle, faire les courses, faire le lit...)
 - ✓ portage de repas à domicile
 - ✓ téléalarme
 - ✓ aménagement du domicile
 - ✓ aides techniques
- pour les personnes GIR 5 à 6:
 - ✕ pour les personnes à faible revenu:
 - ✓ s'adresser au centre communal d'action sociale (CCAS)
 - ✓ services ménagers
 - ✓ frais de repas

- ✕ pour les personnes à revenu supérieur au plafond de l'allocation de solidarité aux personnes âgées:
 - ✓ s'adresser à la caisse de retraite
 - ✓ participation aux frais selon les ressources
 - ✓ tâches ménagères
 - ✓ courses/repas
 - ✓ accompagnement transports
 - ✓ aides techniques
 - ✓ petits travaux

3) hébergement temporaire:

- accueil de jour:
 - ✕ prise de contact direct avec la structure
 - ✕ en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
 - ✕ en foyer pour personnes âgées (FPA)
 - ✕ en accueil de jour spécialisé maladie d'Alzheimer
 - ✕ financement par l'APA et personnel
- hospitalisation de répit:
 - ✕ sur prescription médicale
 - ✕ en service de soins de suite et de réadaptation (SSR)
 - ✕ financement sécurité sociale

4) hébergement définitif:

listes d'attentes longues, anticiper la dégradation de l'état clinique, dossier précoce, information ++ de la famille et de la personne âgée

- en foyer-résidence (FPA):
 - ✕ pour des résidents autonomes (GIR 5 à 6)
 - ✕ structures non médicalisées
 - ✕ contacter les mairies
- en maison de retraite (EHPAD):
 - ✕ accueil de personnes dont l'état de santé nécessite une assistance pour les actes de la vie quotidienne, mais sans présence médicale 24h/24
 - ✕ dossier de demande au CLIC
- en unité de soins de longue durée:
 - ✕ service hospitalier destiné à accueillir des personnes âgées dépendantes atteintes de

pathologies chroniques lourdes à risque de décompensations fréquentes

5) hospitalisation de courte durée:

- à l'unité de gériatrie d'entrées directes (UGED): 6e étage Hôpital Brabois à Nancy
- accessible via le réseau téléphonique Vill'Hôp au 03.83.15.78.46
(joindre en direct un médecin hospitalier gériatre senior qui répond à la prise en charge rapide pour un bilan d'un patient âgé)
- évite un passage inutile au Service d'Accueil des Urgences et limite la multiplication des séjours à l'hôpital, susceptible de fragiliser l'état de santé du patient
- assure des bilans de santé courts: bilan de chute, d'anémie, bilan de fatigue, de perte de poids
- durée moyenne de séjour inférieure ou égale à 7 jours

(27, 43)

7. Revue de la littérature:

En raison du système de santé et des structures différentes dans les pays anglo-saxons, nous avons choisi de ne citer que les références en rapport avec le système de santé français.

7.1. Revue de thèses d'exercice:

Nous avons pu mettre en évidence 3 thèses en rapport avec notre travail, dont deux dans le domaine de la maltraitance infantile et une dans le domaine de la précarité. Elles ont été réalisées à la faculté de médecine de Nancy.

Les sujets de discussion sont les mêmes que dans notre travail, mais les types d'études sont sensiblement différents. Il s'agit d'enquêtes qualitatives sous forme d'entretiens individuels visant à faire un état des lieux de la problématique de maltraitance infantile sans proposition de conduite à tenir (ou référentiel).

Le travail sur la précarité constitue une étude quantitative par questionnaires.

La zone géographique des études est plus large que la nôtre, à savoir une fois à échelle régionale (Lorraine) et deux fois à échelle départementale (Meurthe-et-Moselle).

Voici un résumé des différents travaux:

1) Le travail de thèse de Mme Cécile Matz publié en septembre 2011:

est constitué d'une enquête par questionnaire sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. 393 réponses ont été recueillies.

L'étude avait trois objectifs:

- interroger les médecins généralistes afin de savoir s'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires, et de préciser la nature de ces difficultés
- identifier les représentations que les médecins généralistes ont de la précarité
- identifier les relations que les médecins généralistes entretiennent avec leur environnement médico-social

Les résultats de l'enquête montrent que:

- 92.5% des médecins généralistes interrogés rencontrent des difficultés dans la prise en charge de patients précaires. Les difficultés rencontrées sont très variées: âge du médecin, lieu d'exercice, avance de frais, communication, suivi...
- la précarité est essentiellement définie par un mauvais état de santé
- 87,5% des médecins déclarent connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs

territoriaux existants dans le domaine de la précarité

Notre étude montre que malgré des orientations paraissant correctes, 60.4% des interrogés signalent un besoin en information. Ceci indique qu'ils ne se sentent probablement pas à l'aise dans la prise de décision.

L'étude de Mme Matz va dans le même sens, avec une majorité de médecins généralistes, ayant des difficultés de prise en charge de leurs patients précaires notamment à cause d'une mauvaise connaissance des dispositifs existants.

(44)

2) Le travail de thèse de Mr Jérôme Auvity publié en septembre 2012:

est constitué d'une enquête sous forme d'entretiens individuels et focus groupes auprès de 23 généralistes de Meurthe-et-Moselle.

L'objectif de son étude était de dresser un état des lieux des difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle ainsi que d'évaluer l'impact des réformes sur leur pratique et l'utilisation par les médecins des structures de protection de l'enfance.

Les résultats de l'enquête sont les suivants:

- 46 difficultés ont été signalées dans le cadre de la prise en charge d'enfants en dangers (à titre d'exemple: doute sur la véracité des faits, perte de vue au moment de la suspicion de maltraitance, manque de formation, absence de retour d'informations de la part des différents partenaires de la protection de l'enfance, problème de la limite floue et du seuil à partir duquel on parle de maltraitance, problème des interactions pouvant être difficiles entre le monde administratif/judiciaire et le monde médical...)
- les réformes en matière de protection infantile de 2004 et 2007 sont peu connues par les médecins interrogés (10% et 31%)
- les structures dans le domaine de l'enfance en danger sont connues et utilisées à des degrés variables: N°119 (connu par 74%, utilisé par 5%), CEMMA (connue par 57%, utilisée par 26%), PMI (connue par 100%, utilisée par 47%), ASE (connue par 84%, utilisée par 37%), procureur de la République (connu par 79%, utilisé par 21%), police (utilisée par 16%), l'hôpital (utilisé par 68%)

L'enquête montre clairement des difficultés importantes et multiples dans la prise en charge de la maltraitance infantile ainsi qu'une connaissance/utilisation insuffisante des dispositifs existants (surtout N°119 et CEMMA).

Les résultats de notre enquête sont comparables, car ils montrent une orientation non adaptée (trop d'orientations vers le procureur de la République et l'hôpital, sous-utilisation de la CEMMA et du N°119). Les répondants semblent en être conscients, car 68.9% signalent un besoin en information.

(45)

3) Le travail de thèse de Mme Emilie Mataigne publié en décembre 2013:

est constitué d'une enquête sous forme d'entretiens individuels auprès de 15 médecins généralistes lorrains par rapport à la prise en charge de la maltraitance infantile en cabinet de médecine générale.

L'objectif du travail était de faire un état des lieux de la prise en charge de la maltraitance infantile en cabinet libéral, de recueillir l'expérience et le ressenti des médecins généralistes afin de voir de quelle manière on peut aider les généralistes et leur faciliter la tâche.

Les résultats recueillis montrent que:

- l'orientation d'un enfant, pour lequel on suspecte une maltraitance, est extrêmement variable: l'hôpital, la PMI, le procureur de la République, l'assistant social du secteur, le CMP, l'enquête personnelle du médecin traitant...
- 34 difficultés lors de la gestion de situations de maltraitance infantile ont été évoquées (à titre d'exemple: savoir penser à une maltraitance, reconnaître les différentes formes de maltraitance, manque de temps, manque de formation, absence de coopération de la famille, enfant non vu seul en consultation, doute sur la véracité des faits...)
- le ressenti des médecins généralistes à l'égard des situations de maltraitance infantile est très polyvalent: impact émotionnel personnel important, sentiment de colère, réaction physique de malaise, sentiment de culpabilité, prise de recul, incrédulité, détermination, craintes, sentiment d'isolement, sentiment d'inutilité et d'impuissance...
- les besoins et propositions des médecins généralistes interrogés sont les suivants: rompre l'exclusion du médecin généraliste dans la prise en charge de l'enfant maltraité, améliorer les échanges entre professionnels, faciliter l'accès aux différents partenaires, constituer un réseau pluri-professionnel pour la prise de décision, nécessité de formation initiale, guide regroupant les orientations possibles et les coordonnées des personnes à contacter...

Ce travail est clairement en faveur d'un sentiment d'exclusion des médecins généralistes en matière de prise en charge de la maltraitance infantile. Ils souhaitent une meilleure formation et un guide d'orientation afin de garantir une meilleure prise en charge.

Comme le montre notre enquête, la formation continue et le référentiel en cabinet sont les moyens choisis par les interrogés afin d'y parvenir.

(46)

Nous avons pu identifier un quatrième travail de thèse en rapport avec le nôtre, mais ayant été réalisé sur Paris par Mme Adeline Aubry et publié en mars 2011.

L'étude quantitative a été réalisée par l'intermédiaire d'un questionnaire auprès de 108 médecins généralistes du 13ème arrondissement de Paris (avec un tiers de réponses).

Son objectif était de définir les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de patients précaires et de proposer une collaboration avec la PASS de la Pitié Salpêtrière.

Les problèmes se posaient surtout pour les patients sans aucune couverture maladie et étaient liés à l'isolement de la pratique en cabinet.

La moitié des médecins était intéressée par la création d'un réseau médecine de ville-PASS. Dans ce réseau, les médecins généralistes auraient un rôle de repérage des patients précaires et pourraient s'appuyer sur les PASS pour les cas médico-sociaux les plus complexes.

Les résultats de ce travail sont en faveur d'une orientation indispensable vers les PASS pour la prise en charge de patients précaires avec couverture maladie insuffisante. Les résultats de notre enquête sont en faveur d'une orientation encore et toujours insuffisante vers cette structure.

(47)

7.2. Revue de référentiels existants:

1) La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié une recommandation, en octobre 2014, concernant le repérage et le signalement de la maltraitance infantile par les professionnels de santé. La recommandation est divisée en deux parties: une fiche interactive de type arbre décisionnel, permettant de retrouver tous les types de situations (urgence vitale, suspicion de danger immédiat avec auteur présumé au domicile de l'enfant, incertitude) ainsi qu'une fiche mémo. Cette dernière précise en détail les moyens de repérage (signes évocateurs de maltraitance, les comportements suspects de l'entourage...), la conduite à tenir pour protéger l'enfant en fonction du degré d'urgence, ainsi que quelques situations particulières (mort inattendue du nourrisson, syndrome du bébé secoué, maltraitance sexuelle intrafamiliale). La fiche interactive est représentée en annexe 4.

La fiche mémo développée est comparable à la nôtre, par sa structure et ses informations. La principale différence consiste en une représentation plus exhaustive des différents signes évocateurs de maltraitance ainsi que la description de situations particulières.

(48,49)

2) Malgré sa publication en février 2001, le rapport du Ministère de la Santé, « Les femmes victimes de violences conjugales: le rôle des professionnels de santé » n'a rien perdu de son actualité. Le rapport de type référentiel, décrit les conséquences des violences sur la santé des femmes et de leurs enfants ainsi que les aspects juridiques et déontologiques.

Mais ce qui nous intéresse le plus, c'est le rôle du médecin et surtout celui du généraliste. Selon le rapport, il est primordial. Le médecin généraliste est le plus souvent le premier interlocuteur et un acteur privilégié dans la chaîne de prise en charge des femmes victimes de violences. Il a un rôle clé dans le dépistage, le recueil de l'histoire, le constat des lésions et la rédaction d'un certificat. Il a également un rôle stratégique en donnant des conseils aux femmes, en les informant de leurs droits et en les orientant au mieux des circonstances.

Voici en détail le rôle qui lui incombe:

- accueillir et être à l'écoute:

C'est être disponible, savoir engager le dialogue, poser quelques questions simples qui

mettent la femme en confiance et lui donnent l'opportunité de raconter son histoire. La femme victime de violences vit sous la contrainte, l'angoisse, la peur. Elle est humiliée et a souvent développé un sentiment de culpabilité. Le médecin doit donc s'efforcer de lui faire exprimer son désarroi. Il doit comprendre son sentiment de vulnérabilité, son désespoir, sa tendance à nier les faits, à les minimiser, voire à défendre son oppresseur. Il doit accepter que la femme soit confuse, effrayée, honteuse ou agressive.

➤ dépister les violences:

- ✕ Ce peut être des questions sur la vie conjugale:
 - ✓ « Vous entendez-vous bien avec votre mari ? »
 - ✓ « Vous vous disputez avec lui ? Que se passe-t-il alors ? »
 - ✓ « Qu'est-ce qui vous rend triste ? »
- ✕ Ce peut être aussi des questions en rapport avec le climat actuel de violence:
 - ✓ « On parle beaucoup en ce moment de mésentente dans les familles, de violence dans la société. Avez-vous été l'objet de menaces ? Quelqu'un vous a-t-il maltraitée ? »
 - ✓ « De nombreuses patientes nous ont dit avoir été plus ou moins maltraitées par quelqu'un de proche. Est-ce que cela vous est arrivé ? »
 - ✓ « Êtes-vous effrayée par le comportement de quelqu'un à votre domicile ? ».

Si la patiente répond affirmativement, le médecin doit tenter d'approfondir la situation en posant deux autres questions:

- ✓ « Voudriez-vous m'en parler plus longuement ? »
- ✓ « Que voudriez-vous faire ? »

Quoi qu'il en soit, dans certains cas, la femme ne veut pas parler. Le médecin peut l'aider en lui délivrant le message qu'elle pourra toujours revenir et il peut lui donner des adresses ou numéros de téléphone utiles.

➤ évaluer la gravité:

C'est apprécier les conséquences somatiques des lésions traumatiques et l'impact des violences sur le psychisme (anxiété, phobies, dépression, tentatives de suicide, comportement addictif).

Il convient d'évaluer, outre la gravité des lésions :

- ✕ l'augmentation de la fréquence des actes de violence et leur aggravation
- ✕ le contexte d'alcoolisme chronique du partenaire
- ✕ le retentissement sur les enfants au foyer, très souvent témoins des actes de violence
- ✕ la présence de certains facteurs de vulnérabilité tels que la grossesse
- ✕ l'existence de menaces de mort ou l'usage d'armes

La notion d'un risque élevé peut justifier soit de conseiller une hospitalisation en urgence, soit d'inciter la femme à un éloignement immédiat même temporaire, soit de porter plainte. Au minimum il convient de l'orienter vers des relais compétents tels que les associations d'aide aux victimes.

➤ assurer les soins et constituer un dossier:

Le bilan des lésions nécessite parfois des examens complémentaires: radiographies, examens spécialisés ORL, ophtalmologiques, gynécologiques.

Les soins consistent non seulement à traiter les lésions constatées mais aussi les manifestations douloureuses immédiates et le retentissement psychologique : insomnie, anxiété, état dépressif.

L'établissement du certificat auquel tout médecin traitant est tenu peut être différé. Qu'il le soit ou non, tous les éléments recueillis à l'interrogatoire et à l'examen doivent être consignés dans un dossier, tant les faits objectifs que subjectifs: début des violences, fréquence, type des violences, contexte déclenchant, alcoolisme du mari et/ou origine ethnique, lésions constatées, retentissement sur le psychisme, violences à l'encontre d'autres membres de la famille.

➤ rédiger un certificat de coups et blessures:

Il témoigne des dires de la patiente et décrit les lésions traumatiques, leurs conséquences cliniques, et le retentissement physique et psychique des violences subies par la femme.

C'est un document médico-légal qui prend toute sa valeur lorsqu'une plainte est déposée par la femme, l'opportunité des poursuites judiciaires et l'importance des peines en dépendant largement. Il peut aussi

constituer un élément de preuves qui sera très utile ultérieurement lors d'une aggravation de la situation si la femme ne l'utilise pas immédiatement. Il doit comporter, outre les éléments d'identification du médecin et de la femme ainsi que la date et l'heure de l'examen :

- ✗ la description exhaustive des lésions constatées en précisant leur aspect tout en respectant les termes médicaux appropriés (ecchymoses, hématomes...), leur emplacement, leur ancienneté et leur étendue. Un schéma peut être utile
- ✗ la description des soins nécessaires et prescrits ainsi que la liste des examens complémentaires prescrits et effectués
- ✗ les conséquences fonctionnelles des blessures, tenant compte des appréciations objectives du médecin et des allégations de la victime relatives aux douleurs ressenties, à la fatigue, à la gêne plus ou moins importante pour accomplir les mouvements
- ✗ la détermination de l'incapacité totale de travail (ITT) qui concerne le travail personnel et non professionnel

On doit avoir conscience que les médecins ne sont pas toujours bien formés à la rédaction de ces certificats. Ces difficultés ont conduit à la mise en place d'unités médico-judiciaires.

➤ informer et orienter:

C'est une des missions essentielles du médecin. Le médecin dispose de plusieurs possibilités en fonction de la gravité de la situation, de l'état de réceptivité de la patiente et de ses désirs. Toutefois, l'analyse de nombreux cas démontre que la capacité d'une femme victime de violences conjugales à mettre fin à sa situation dépend étroitement de la clarté des réponses qui lui sont données et de l'aide qui lui est offerte.

Si la situation est grave, le médecin peut décider d'une hospitalisation immédiate. Il peut aussi conseiller à la femme de porter plainte auprès de la police ou de la gendarmerie. Il doit l'informer de son droit de quitter le domicile conjugal et de partir avec ses enfants, en signalant son départ à la police ou à la gendarmerie.

Il peut surtout lui conseiller de s'adresser aux associations d'aide aux victimes qui lui fourniront conseils et assistance.

S'il estime ne pas avoir la compétence voulue, il peut adresser la femme dans un service médico-judiciaire qui possède le savoir-faire pour le constat des lésions et leur traitement et offre aux victimes une information sur la procédure éventuelle et ses conséquences.

Si la situation ne lui paraît pas avoir atteint un degré de gravité imposant une solution d'urgence, il peut avoir recours au réseau de proximité qui fait entrer en liaison tous les acteurs de terrain.

En l'absence de réseau constitué, le médecin peut alerter les associations en ayant recours au numéro de téléphone de « violences femmes info » qui peut donner à la femme, sur le champ, ligne de conduite et conseils pratiques.

Il devrait s'assurer également d'un lien avec l'hôpital, dont les services pourraient assurer les soins et l'accompagnement de la femme tout en la mettant à l'abri de son agresseur.

Le rapport propose une conduite à tenir beaucoup plus riche en détails que notre référentiel, mais les étapes à suivre sont identiques. Les deux référentiels peuvent être considérés comme équivalents en terme de conduite à tenir.

(50)

3) Le rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins datant de 1999 et intitulé « Rôle du médecin face à la précarité » évoque les conséquences de la précarité sur le comportement et l'état de santé (pathologies psychiatriques, pathologies dermatologiques, pathologies infectieuses, pathologies pulmonaires, pathologies digestives, pathologies traumatiques), les dispositifs de prise en charge existant en matière de précarité (CMU, PASS, SAMU social, N°115, associations caritatives, ONG) mais surtout le rôle du médecin dans la prise en charge. Même si l'article est ancien, les recommandations qu'il émet sont toujours d'actualité.

Les démarches du médecin généraliste sont résumées ainsi:

- accueillir le patient précaire comme tout un chacun
- entrer dans une démarche de soins et de prévention (recommandations, conseils d'hygiène et de comportement)

- savoir communiquer (suppose une connaissance d'un milieu différent, nécessite une formation appropriée)
- aider le malade à retrouver ses droits (diriger vers les structures adaptées)
- redonner espoir et dignité
- éviter toute humiliation supplémentaire (aider sans assister)
- travailler en réseau +++

Les recommandations émises par le rapport sont sensiblement différentes des nôtres. Nous avons insisté sur les scores de repérage de la précarité ainsi que sur les orientations vers des structures compétentes et ceci essentiellement dans le domaine des sans-abris, de l'accès au logement, de l'accès à l'alimentation et aux vêtements, de l'accès au revenu et à une couverture maladie. Le rapport par contre décrit avant tout comment interagir avec une personne en état de précarité pour pouvoir la prendre en charge correctement.

(51)

7.3. Revue d'articles de la presse scientifique:

7.3.1. Maltraitance de majeurs vulnérables:

L'article publié en 2012, dans la revue « Soins Gériatrie » et intitulé « Dépistage et prévention de la maltraitance des personnes âgées », mise avant tout sur le dépistage des sévices par l'identification des facteurs de risque ainsi que sur la prévention afin de lutter contre des formes de maltraitance parfois invisibles. Pour pouvoir prévenir, il faut avoir acquis un certain nombre de connaissances dans le domaine et de ce fait, être sensibilisé. Il devient ainsi plus facile de mettre en évidence les facteurs de risques qui sont les suivants:

- handicap physique ou intellectuel
- impossibilité à communiquer
- troubles du comportement
- isolement de la personne âgée
- conditions économiques faibles
- besoins d'argent de la part de la personne qui maltraite
- surmenage et épuisement de l'aidant
- difficultés d'intégration au sein d'une équipe, un soutien inexistant du soignant qui maltraite

L'auteur décrit trois niveaux de prévention:

1) primaire:

- information des personnes âgées et de toutes les personnes de contact (par médias, assurance maladie, associations...)

- sensibilisation et formation des professionnels de santé
- meilleures conditions d'accueil et de prise en charge des résidents dans les EHPAD
- meilleures conditions de travail du personnel
- la promotion de la bientraitance

2) secondaire:

- éviter le passage à l'acte
- appel à l'aide par le N° 3977 et prise en charge par les acteurs de proximité

3) tertiaire:

- en cas de maltraitance grave
- hospitalisation en urgence et signalement

(52)

7.3.2. Maltraitance de mineurs:

1) Dans son article « Quelle attitude doit adopter le praticien face à une suspicion de maltraitance chez un petit enfant ? », publié en 2011, dans « La Revue du Praticien », l'auteur apporte une information sur la place du praticien dans le signalement de la maltraitance infantile ainsi que sur les deux outils de signalement possibles.

La procédure de signalement au procureur de la République est à appliquer en cas de «danger avéré» et d'urgence (sévices graves). Le signalement peut être fait par téléphone mais doit être confirmé par un document écrit, daté et signé. L'article propose entre autre une lettre type pour cette forme de signalement. La démarche de l'information préoccupante, à réaliser auprès de la cellule départementale de recueil et d'évaluation de l'information préoccupante au Conseil Général (il s'agit de la CEMMA à Nancy), est appliquée en cas de situation moins urgente.

(53)

2) Malgré sa publication en 2002, dans « La Revue du Praticien », l'article « Médecine légale et criminologie: Sévices à enfants », est toujours d'actualité car il décrit de façon précise le phénomène de la maltraitance infantile (définition, fréquence, signes d'alerte, signes cliniques, examens complémentaires, cas particuliers, conduite à tenir lors d'une suspicion de sévices). Les signes d'alerte sont essentiellement un retard entre le moment de l'apparition des blessures et le moment de la consultation, la non-concordance entre les constatations cliniques et les explications de l'entourage ainsi que la tendance des auteurs de sévices à présenter l'enfant à des médecins différents pour égarer les soupçons.

Les signes physiques sont très variables (mauvais état général, ecchymoses et hématomes d'âges différents, brûlures, plaies des muqueuses, lésions oculaires, lésions génito-anales, lésions cranio-cérébrales, lésions viscérales, lésions musculo-nerveuses). Les examens complémentaires recommandés, sont des radiographies en cas de suspicion de fractures, des examens biologiques (NFS plaquettes, protéines plasmatiques, ECBU) et un examen ophtalmologique et ORL.

Vue que le diagnostic est toujours délicat à poser, et qu'il faut éviter de prendre une décision hâtive ou d'attribuer les symptômes à des sévices plutôt qu'à un accident, l'auteur recommande un aspect multidisciplinaire qui permet d'éviter les errements et les hésitations avant d'engager une procédure administrative ou judiciaire, sous prétexte qu'elle va être lourde de conséquences pour la famille et trahir une confiance entre la famille et le médecin. Les mesures de signalement proposées ne sont par contre plus d'actualité, du fait du changement de la législation en 2007.

(54)

7.3.3. Violences conjugales:

Dans son article de novembre 2014, publié dans « La Revue de l'Infirmière » et intitulé « Repérage et accompagnement par le médecin généraliste des femmes victimes de violences » l'auteur insiste sur le rôle essentiel du médecin généraliste dans le repérage des violences, et ce par l'intermédiaire de cinq questions posées systématiquement aux femmes.

Les questions sont les suivantes:

- Etes-vous ou avez-vous été victime de violences physiques ? Psychologiques ? Sexuelles ?
- Comment votre conjoint se comporte-t-il avec vous?
- Comment se passent vos rapports intimes? Est-ce toujours vous qui décidez?
- Lorsque vous étiez enceinte, avez-vous été frappée, giflée, blessée par votre partenaire? Avez-vous reçu des coups de pied?
- Avez-vous peur de votre partenaire?

Ces formulations simples et rapides peuvent permettre d'ouvrir un dialogue entre patiente et médecin et de mieux dépister les violences conjugales qui sont encore largement sous-repérées, faute de sensibilisation et de formation.

(55)

7.3.4. Accès aux soins:

Dans son article « L'accès aux soins des personnes en situation de précarité », publié en novembre 2014, dans « La Revue Soins », l'auteur développe les différentes possibilités d'accès aux soins en France ainsi que la bonne conduite à tenir dans la prise en charge de patients précaires.

L'hôpital représente souvent le seul accès aux soins pour ceux qui sont exclus des autres structures de santé. Afin de limiter cet afflux et de lutter contre l'exclusion aux soins, la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) a été créée.

Les autres dispositifs d'accès aux soins pour les populations précaires, mis en place par le législateur, sont l'aide médicale d'état (AME), la couverture maladie universelle (CMU) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc).

L'accès aux droits en matière de santé est souvent difficile du fait d'une incapacité à faire

valoir des droits, de la complexité administrative des démarches, de la peur d'être stigmatisé en ayant recours à ce dispositif et des délais d'attente de trois à six mois pour obtenir une assurance maladie ou pour renouveler un droit existant. Ceci entraîne habituellement un recours tardif aux soins.

En cas de problème de santé, la PASS et les centres de soins gratuits de type Médecins du monde, sont souvent les seules possibilités d'accès aux soins. Si les personnes ignorent l'existence de ce dispositif ou sont mal orientées, elles arrivent souvent à l'hôpital par la porte des urgences.

La prise en charge hospitalière d'une personne en état de précarité, nécessite le respect d'un certain code de conduite qui peut aussi s'appliquer au monde médical libéral:

- accueil, dialogue et empathie sont les mots clés
- écouter et créer un lien social pour redonner confiance et pour réduire sa méfiance vis-à-vis du professionnel de santé
- connaître la situation du patient
- les soins sont réalisés en dernier
- orientation vers un assistant social, une PASS, une association... pour ancrer le patient dans la prise en charge
- faire des projets à court et très court terme
- garder les mêmes règles professionnelles pour tous

(56)

7.3.5. Maintien à domicile difficile de la personne âgée:

Dans son article « Maintien à domicile des personnes âgées », publié en août 2014 dans « La Revue EMC – Savoirs et Soins Infirmier », l'auteur décrit la prise en charge nécessaire pour permettre un maintien à domicile d'une personne âgée, dans des conditions appropriées. La réévaluation de la situation doit être régulière afin d'éviter au maximum les ruptures de prise en charge brutales.

L'auteur recommande de passer par plusieurs étapes d'évaluation, dont aucune est à négliger:

- état de santé: correction de troubles visuels et auditifs (isolement), prise en charge d'anomalies de la mobilité (kinésithérapie), évaluation de l'état nutritionnel (poids, IMC, grille MNA), évaluation des fonctions supérieures (MMS), recherche d'incontinence urinaire, gestion des ordonnances...
- état d'autonomie et de dépendance: évaluation à l'aide d'échelles gériatriques (ADL, IADL, AGGIR)
- état psychosocial: encadrement familial, contacts sociaux
- adaptation de l'habitat: des petits aménagements aux travaux importants (s'adresser au PACT)
- état financier: ressources nécessaires au maintien à domicile (retraite, rente, patrimoine, aide des enfants...)

Les aides existantes sont multiples et leur équilibre doit être consolidé régulièrement:

- aides matérielles: divers appareillages (déambulateur, cannes, fauteuil roulant...), téléalarme, portage de repas (par les CCAS)
- aides financières: aide personnalisée au logement (APL) et allocation au logement social (demande à faire à la CAF), allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- aides humaines: entourage (famille, amis...), services de soutien du maintien à domicile (clubs, associations, centres de jour), aide ménagère, service de soins à domicile (SSIAD), ...

Les événements remettant en cause le maintien à domicile sont multiples:

- sortie d'hôpital avec un retour à domicile non programmé
- départ en vacances de l'entourage
- décès du conjoint
- entourage épuisé ou absent
- conditions matérielles difficiles

(57)

8. Conclusion:

L'urgence sociale, telle qu'elle a été exposée ici, inclut un certain nombres de situations comme la maltraitance de mineurs et de majeurs vulnérables, la violence conjugale, la précarité, le maintien à domicile difficile d'une personne âgée et l'accès aux soins. C'est un sujet très complexe et polyvalent. Chaque situation est unique et la gestion varie en fonction de la personne qui la prend en charge selon son expérience, ses connaissances des dispositifs existants, et ses contacts avec les acteurs du domaine social.

L'enquête montre que le médecin généraliste est exposé à toutes ces situations, à des degrés variables et devra les gérer en tenant compte des contraintes que cela implique. La majorité indique souhaiter plus d'informations dans le domaine surtout sous forme de formation continue approfondie et de référentiels au cabinet.

Le référentiel développé à l'aide des médecins généralistes et des structures compétentes du domaine social, est censé apporter une aide pour une gestion plus rapide et plus ciblée de ces situations. Il est destiné aux cabinets de médecine générale de Nancy et agglomération dans le but de mieux coordonner la prise en charge des patients relevant du social, en les orientant vers les structures compétentes, selon la nature du problème posé. Il sera diffusé par le service e-mail sécurisé apicrypt® pour être utile à la majorité des généralistes de Nancy et agglomération.

L'analyse de la littérature scientifique existante montre que des référentiels de type arbre décisionnel et fiche mémo existent mais uniquement dans le domaine de la maltraitance infantile. Le travail le plus complet et le plus adapté au médecin généraliste est celui de la Haute Autorité de Santé (HAS) récemment publié (novembre 2014) et accessible sur internet (voir bibliographie N°49). Dans les autres domaines, les ressources sont beaucoup moins nombreuses et n'incluent pas d'aides décisionnelles ou de conduites à tenir sous forme de référentiel.

Nous sommes parfaitement conscients que notre travail n'est qu'un début pour mieux gérer les urgences sociales et prendre en charge nos patients d'une façon aussi globale que possible. Il faudra d'avantage miser sur une formation continue plus ciblée sur les problématiques sociales, comme le demandent les généralistes ayant participé à l'enquête. La gestion de situations sociales complexes fait encore trop peu partie de la formation des médecins généralistes.

9. Bibliographie:

1. Piu Brémond, Elisabeth Gérardin, Julia Ginestet. En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles ? Revue EMPAN, 2002/2 N°46, pp 129-135

2. Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des personnes âgées. Aide mémoire N° 357, août 2011

disponible sur:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/fr/>, consulté le 29/05/2014

3. Conseil Général Meurthe-et-Moselle. Direction du développement social. Document interne. Nancy, 2014

4. Organisation Mondiale de la Santé. Maltraitance des enfants. Aide mémoire N° 150, janvier 2014

disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>, consulté le 09/06/2014

5. Organisation Mondiale de la Santé. La violence à l'encontre des femmes. Aide mémoire N° 239, novembre 2014

disponible sur:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/fr/>, consulté le 22/11/2014

6. Joseph Wresinski. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal Officiel de la République Française. Avis et rapport du Conseil économique et social, N°6, février 1987

7. Organisation Mondiale de la Santé. Le droit à la santé. Aide mémoire N° 323, novembre 2013

disponible sur:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>, consulté le 25/06/2014

8. Yann Kubiak. Personnes âgées dépendantes: le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante. INSEE Lorraine, N° 289, juillet 2012

9. Conseil Général Meurthe-et-Moselle. Service d'adultes vulnérables. Situations préoccupantes adultes vulnérables signalées aux services départementaux: Processus d'intervention. Documents internes. Nancy, janvier 2011

10. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. 3977: Numéro national d'appel contre la maltraitance PA-PH, octobre 2012

disponible sur:

<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/dossiers,758/maltraitance-bientraitance,785/3977-numero-national-d-appel,7328.html> , consulté le 21/09/2014

11. Conseil Général Meurthe-et-Moselle. Le dispositif d'aide sociale à l'enfance: sens et méthode. Nancy, 2013

12. Centre d'information sur les droits des femmes et des familles. Plaquette de présentation. Nancy, 2008

disponible sur:

<http://cidff54.wifeo.com/>, consulté le 31/08/2014

13. Fédération nationale solidarité femmes. Les violences conjugales: 3919 Violences femmes info, 2014

disponible sur:

http://www.solidaritefemmes.org/ewb_pages/v/vfi.php, consulté le 31/08/2014

14. Conseil Général Meurthe-et-Moselle. Centres médico-sociaux. Nancy, octobre 2010

disponible sur:

<http://www.cg54.fr/fr/conseil-general/le-conseil-general/les-services-departementaux/centres-medico-sociaux.html>, consulté le 15/10/2014

15. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. La protection maternelle et infantile (PMI), janvier 2014

disponible sur:

<http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,1202.html>, consulté le 12/11/2014

16. Conseil Général Alpes de Haute-Provence. Le Conseil Général à votre service. Règlement départemental d'action sociale: protection maternelle et infantile, 2010

17. République Française. Code de la santé publique: La protection maternelle et infantile, article 2111-1, version 4 janvier 2015

disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006687349&idSectionTA=LEGISCTA000006171123&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150104>, consulté le 04/01/2015

18. République Française. Code de la santé publique: La protection maternelle et infantile, article 2112-2, version 4 janvier 2015

disponible sur:

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C3CE3A7F88F9AC1CE85D1751E4AC448E.tpdjo17v_2?idSectionTA=LEGISCTA000006171124&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20150104, consulté le 04/01/2015

19. République Française. Code de l'action sociale et des familles: L'aide sociale à l'enfance, article L221-1, version 6 mars 2007

disponible sur:

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006796782&cidTexte=LEGITEXT000006074069>, consulté le 04/01/2015

20. Le guide Nancy Social. Le centre communal d'action sociale de la ville de Nancy, 2014

disponible sur:

<http://www.social.nancy.fr/pagint/ccas.php#menu>, consulté le 15/09/2014

21. Accueil et réinsertion sociale. Activités par secteur: Nancy et agglomération, 2014

disponible sur:

http://www.asso-ars.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=122

consulté le 07/09/2014

22. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Les permanences d'accès aux soins de santé. La collection éditoriale, juin 2009

disponible sur:

<http://www.sante.gouv.fr/les-permanences-d-acces-aux-soins-de-sante-pass.html>, consulté le 31/08/2014

23. Service Communication du CHU de Nancy. L'accès aux soins pour toute personne en difficulté: PASS. Espace Lionnois Hôpital Central CHU Nancy, octobre 2013

24. Réseau Gérard Cuny. Coordonner la prise en charge globale des personnes âgées fragiles. Dépliant de présentation, 2014

disponible sur:

<http://www.geronto-sud-lorraine.com/reseau-grand-nancy/fonctionnement>, consulté le 16/09/2014

25. Ministère de la santé et des solidarités. Centre local d'information et de coordination, 2014

disponible sur:

<http://clic-info.personnes-agees.gouv.fr/clic/construirePageLogin.do>, consulté le 16/09/2014

26. Conseil Général Meurthe-et-Moselle. Service territorial personnes âgées - personnes handicapées. Nancy, septembre 2014

disponible sur:

<http://www.cg54.fr/fr/personnes-agees/service-territorial.html>, consulté le 11/11/2014

27. CHU Nancy. Création de l'unité de gériatrie d'entrées directes, juin 2014

disponible sur:

<http://www.chu-nancy.fr/index.php/juin-2014/creation-de-l-unite-de-geriatrie-d-entrees-directes>, consulté le 26/11/2014

28. CHU Nancy. Bilan d'activité du CCRA 54. Document interne, 2013

29. CHU Rouen. Le travailleur social au SAMU. Document interne, avril 2001

30. CHU Grenoble. Pôle Urgences/SAMU/SMUR: Régulation des appels à caractères sociaux du SAMU 38 - Centre 15. Fiche interne, novembre 2007

31. SAMU du Cantal. Pôle de médecine d'urgence: Régulation des appels sociaux au SAMU 15. Document interne. Présentation powerpoint, novembre 2008

32. Informations orales recueillies auprès de Mme Pierrat, responsable du Service Adultes Vulnérables, Direction du Développement Social, Conseil Général Meurthe-et-Moselle. Nancy, février 2014

33. Informations orales recueillies auprès de Mme Doumene, responsable de la CEMMA, Conseil Général Meurthe-et-Moselle. Nancy, janvier 2014

34. Informations orales recueillies auprès de Mme Autissier, conseillère à la CIDFF. Nancy, décembre 2013

35. Violences conjugales: Aide à la prise en charge des victimes en dix points. Revue du Praticien Médecine Générale. Tome 28, N°922, mai 2014, pp 417-422

36. Marjorie Rouveyre. Le dépistage des violences conjugales lors des consultations prénatales. Mémoire de diplôme d'état de sage-femme. Université d'Auvergne, 2012
37. Belin Sébastien. Utilisation du score EPICES pour évaluer la précarité des victimes de violences volontaires. Thèse de docteur en médecine. Université de Saint-Etienne, octobre 2007
38. La ville de Nancy: Guide pratique des sans abris à Nancy 2014/2015. Nancy, 2014
disponible sur:
<http://www1.nancy.fr/pratique/logement/sans-abri.html> consulté le 25/06/2014
39. Informations orales recueillies auprès du Dr Alain Criton, médecin généraliste à Nancy et membre de l'ARS. Nancy, janvier 2014
40. Informations orales et écrites recueillies auprès de Mme Rambourg, assistante sociale à la PASS du CHU Nancy. Nancy, décembre 2013
41. Les dispositifs d'aide pour favoriser l'accès aux soins. Fonds CMU, décembre 2013
42. Les réseaux gérontologiques du sud de la Lorraine: Comment repérer le niveau de fragilité ? Grille SEGA-A, février 2014
43. Réseau Gérard Cuny. Coordonner la prise en charge globale des personnes âgées fragiles. Agglomération nancéenne. Tomé 1 révisé, 2014
44. Cécile Matz. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Thèse de docteur en médecine. Université de Nancy, septembre 2011
45. Jérôme Auvity. Médecine générale et enfance en danger: enquête auprès de 23 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Thèse de docteur en médecine. Université de Lorraine, septembre 2012
46. Emilie Mataigne. Mineurs en danger en France: Place du médecin généraliste dans le dispositif de prise en charge, à propos d'une étude qualitative auprès de médecins généralistes lorrains. Thèse de docteur en médecine. Université de Lorraine, décembre 2013
47. Adeline Aubry. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville: intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS. Thèse de docteur en médecine. Université Paris Descartes (Paris 5), mars 2011
48. Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de la maltraitance des enfants. Tableau interactif, octobre 2014
49. Haute Autorité de Santé. Fiche Mémo. Maltraitance chez l'enfant: repérage et conduite à tenir, octobre 2014
disponible sur:
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760393/fr/maltraitance-chez-lenfant-reperage-et-conduite-a-tenir, consulté le 28/11/2014
50. Roger Henrion. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé: rapport au ministre chargé de la santé. Ministère de la Santé, février 2001
51. Michel Ducloux. Marie-Elisabeth Delga. Francis Montané. Rôle du médecin face à la précarité. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins, juin 1999

52. Francis Penin. Savoirs et pratiques: Dépistage et prévention de la maltraitance des personnes âgées. Revue soins gériatrie, N°95, mai/juin 2012, p. 14-15
53. Jacques Cheymol. Quelle attitude doit adopter le praticien face à la suspicion de maltraitance chez un petit enfant ? : Signalement judiciaire, situation préoccupante. La revue du praticien, vol. 61, mai 2011, p. 660-662
54. Bertrand Ludes. Médecine légale et criminologie: Sévices à enfants. La revue du praticien, vol. 52, 2002, p. 729-733
55. Gilles Lazimi. Repérage et accompagnement par le médecin généraliste des femmes victimes de violences. La revue de l'infirmière, N°205, novembre 2014, p. 25-27
56. Jérémy Geeraert. Elisabeth Rivollier. Savoir et pratique: L'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Revue Soins, N°790, novembre 2014, p. 14-18
57. A.-M. Magnier. Maintien à domicile des personnes âgées. EMC – Savoirs et soins infirmiers, Vol. 9, N°3, août 2014, p. 1-8

10. Annexes:

annexe 1: fiche de transmission aux assistants sociaux



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

POLE URGENCES ET REANIMATION MEDICALE
SERVICE SAMU 54 – SMUR DE NANCY

FICHE TRANSMISSIONS AS / CRRA 54

NOM/Prénom de la personne concernée : N° d'appel SAMU :

Personne ressource / à prévenir (famille, voisins...) :

N° de téléphone :

Nom / prénom de l'appelant :

Lien avec la personne (entourage, anonyme) :

➤ Critères de repérage par le centre 15 :

• Situation de **maltraitance** (*) :

- Sur mineurs (enfants en danger)
- Adultes vulnérables (personnes âgées / handicapées)
- Violences conjugales

• **SDF** / recherche d'hébergement en urgence (*)

- Difficultés de maintien à domicile (personnes âgées / handicapées nécessitant la mise en place d'aides à domicile)
- Conditions de vie précaires (logement, hygiène... ≈ « misère sociale / physiologique »)
- Problèmes d'accès aux soins (pas de couverture sociale, problèmes financiers)
- ☐ Dépendance (alcool, drogue...)
- ☐ Autres :

(*) → En cas d'urgence possibilité de transfert direct de l'appel à AS au 52052 ou 67034,
Du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30 et samedi de 08h30 à 12h15.

annexe 2: fiche de réponse assistants sociaux



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

**POLE URGENCES ET REANIMATION MEDICALE
SERVICE SAMU 54 – SMUR DE NANCY**

FICHE REPONSE AS / CRRA 54

NOM/Prénom patient : N° d'appel SAMU :

NOM Assistant(e) Social(e) :

Date de prise en charge de la situation :

Rapport d'intervention :

annexe 3: questionnaire destiné aux médecins généralistes

Questionnaire concernant les urgences sociales en cabinet de médecine générale

Merci de cocher ce qui convient, plusieurs réponses sont possibles, dans « autre » vous pouvez vous exprimer librement. Merci d'indiquer votre nom en bas du questionnaire à des fins administratives, l'exploitation des données est anonyme.

1) *Maltraitance de majeurs vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées)*

- Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: à quelle fréquence?

Plus d'une fois par semaine

1 fois par semaine

1 fois par mois

Tous les 3 mois

Tous les 6 mois

1 fois par an

- Avez-vous su proposer une orientation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: laquelle?

Adressé aux urgences

Numéro 3977 donné (Allô Maltraitance personnes âgées ou handicapées)

Information préoccupante au Conseil Général

Signalement au Procureur de la République

Assistant(e) social(e) du secteur contacté(e)

Famille contactée

Police contactée

Retour à domicile sans intervention

Autre...

- Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: sous quelle forme?

Formation continue

Revue

Affiches

Référentiel dispensé au cabinet

Sites internet

Application pour mobile

Autre..

2) Maltraitance de mineurs (protection de l'enfance)

- Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: à quelle fréquence?

Plus d'une fois par semaine

1 fois par semaine

1 fois par mois

Tous les 3 mois

Tous les 6 mois

1 fois par an

- Avez-vous su proposer une orientation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: laquelle?

Adressé aux urgences

Numéro 119 donné « Allô enfance en danger »

Police contactée (Brigade des mineurs)

Information préoccupante au Conseil Général (CEMMA)

Signalement au Procureur de la République

Assistant(e) social(e) du secteur contacté(e)

Retour à domicile sans intervention

Autre...

- Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: sous quelle forme?

Formation continue

Revues

Affiches

Référentiel dispensé au cabinet

Sites internet

Application pour mobile

Autre...

3) Violences conjugales

- Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: à quelle fréquence?

Plus d'une fois par semaine

1 fois par semaine

1 fois par mois

Tous les 3 mois

Tous les 6 mois

1 fois par an

- Avez-vous su proposer une orientation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: laquelle?

Adressé aux urgences

Numéro 3919 donné « Violences Femmes Info »

Coordonnés CIDFF (ou autre association) données

Police contactée

Assistant(e) social(e) du secteur contacté(e)

Conjoint contacté (médiation)

Retour à domicile sans intervention

Autre...

- Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: sous quelle forme?

Formation continue

Revue

Affiches

Référentiel dispensé au cabinet

Sites internet

Application pour mobile

Autre:

4) Misère sociale (SDF, logement insalubre, conditions de vie précaires)

- Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: à quelle fréquence?

Plus d'une fois par semaine

1 fois par semaine

1 fois par mois

Tous les 3 mois

Tous les 6 mois

1 fois par an

- Avez-vous su proposer une orientation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: laquelle?

Adressé aux urgences

Numéro 115 donné « SAMU social »

Adressé P.A.U. ou S.A.O (centre d'hébergement d'urgence)

Adressé à l'assistant(e) social(e) du secteur

Retour à domicile/dans la rue sans intervention

Autre...

- Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

Oui ☐ Non ☐

Si Oui: sous quelle forme?

Formation continue	
Revues	
Affiches	
Référentiel dispensé au cabinet	
Sites internet	
Application pour mobile	
Autre...	

5) Accès aux soins (problèmes de couverture sociale, problème d'avances de frais)

- Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

Oui ☐ Non ☐

Si Oui: à quelle fréquence?

Plus d'une fois par semaine	
1 fois par semaine	
1 fois par mois	
Tous les 3 mois	
Tous les 6 mois	
1 fois par an	

- Avez-vous su proposer une orientation?

Oui ☐ Non ☐

Si Oui: laquelle?

Adressé aux urgences	
Adressé à des associations caritatives	
Orientation vers la PASS (Hôpital Central)	
Adressé à l'assistant(e) social(e) du secteur pour ouverture de droits	
Soins gratuits dispensés/payement différé	
Retour à domicile sans intervention	
Autre...	

- Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

Oui ☐ Non ☐

Si Oui: sous quelle forme?

Formation continue	
Revues	
Affiches	
Référentiel dispensé au cabinet	
Sites internet	
Application pour mobile	
Autre...	

6) Maintien à domicile difficile ou impossible (personnes âgées, personnes handicapées exemple syndrome de Korsakoff et sclérose en plaque)

- Avez-vous déjà été confronté à cette situation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: à quelle fréquence?

Plus d'une fois par semaine

1 fois par semaine

1 fois par mois

Tous les 3 mois

Tous les 6 mois

1 fois par an

- Avez-vous su proposer une orientation?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: laquelle?

Adressé aux urgences

Hospitalisation directe dans un service adapté

Adressé au Conseil Général antenne PAPH (personnes âgées-personnes handicapées) pour renseignement et constitution d'un dossier

Etablissement d'un certificat médical pour débiter un dossier conseil général

Aides familiales ou privées

Adressé à l'assistant(e) social(e) du secteur

Retour à domicile sans intervention

Autre...

-Souhaitez-vous plus d'informations dans ce domaine?

Oui ☐

Non ☐

Si Oui: sous quelle forme?

Formation continue

Revues

Affiches

Référentiel dispensé au cabinet

Sites internet

Application pour mobile

Autre...

7) Autres situations: merci d'indiquer

le type de problème:

la fréquence:

les solutions proposées:

les problèmes rencontrés:

les informations supplémentaires souhaitées:

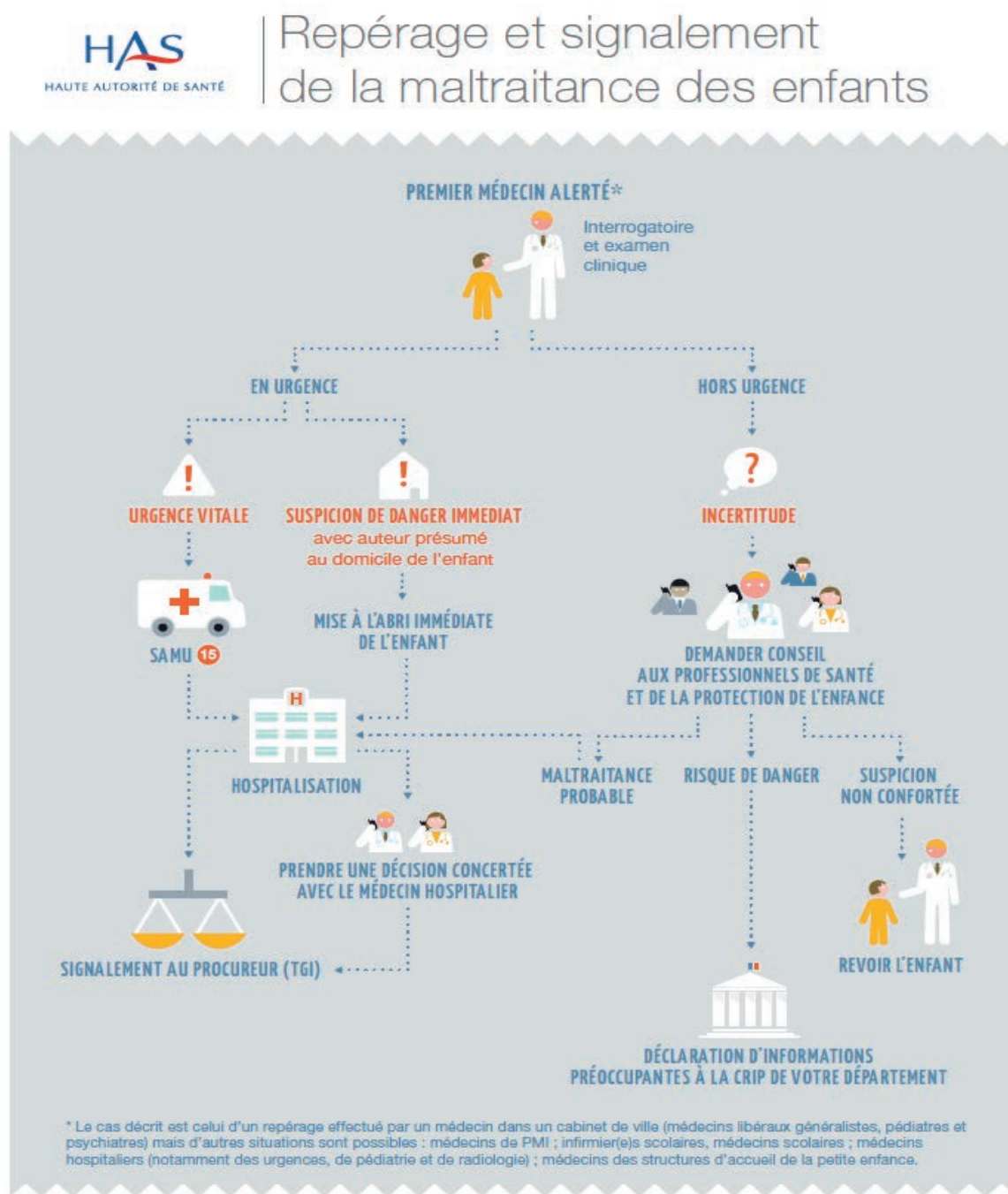
NOM de la personne ayant renseigné le questionnaire:

.....

NOM de la personne ayant renseigné les questionnaire:

.....

annexe 4: arbre décisionnel repérage maltraitance infantile:



Permis d'imprimer:

VU

NANCY, le 5 janvier 2015
Le Président de Thèse

Professeur P.E. BOLLAERT

NANCY, le 6 janvier 2015
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur M. BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6803

NANCY, le 16 janvier 2015

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,
Par délégation le Vice-Président

Martial DELIGNON

Résumé:

Une nouvelle procédure de traitement des appels relevant de l'urgence sociale a été mise en place au Centre 15, de Meurthe-et-Moselle, en 2012. Un assistant social est désormais en charge de la suite du dossier, une fois l'urgence sociale repérée. Le médecin régulateur remplit une fiche de transmission destinée à l'assistant social. Ce dernier va recontacter la personne en détresse et procéder à son enquête sociale pour tenter de proposer une solution.

En sachant que les appels d'ordre social, entrant au Centre 15, proviennent de patients du milieu ambulatoire qui sont, pour la plupart, suivis par des médecins généralistes libéraux, et en partant du constat que ces derniers sollicitent de plus en plus souvent les assistants sociaux des urgences de Nancy à la recherche de soutien dans la gestion de situations sociales urgentes. Il semble donc y avoir une nécessité d'information et d'assistance.

Afin d'étayer cette hypothèse, nous avons réalisé une enquête, sous forme de questionnaire, destinée aux médecins généralistes de Nancy, dans laquelle nous nous sommes renseignés sur les situations sociales urgentes rencontrées, les fréquences, les décisions prises ainsi que le besoin en information afin de mieux gérer ces situations.

L'analyse des 35 fiches de transmission et d'intervention, mentionnées ci-dessus, avait comme unique objectif de classer les cas en différents groupes d'urgence sociale (maltraitance de mineurs, violences conjugales, maintien à domicile difficile, misère sociale...) qui ont servi de base au questionnaire.

Le taux de réponse de l'enquête est de 46.5%. Les résultats montrent que les situations proposées sont connues par les médecins généralistes, mais à des degrés variables. Les situations les plus souvent rencontrées sont le maintien à domicile difficile, le problème d'accès aux soins, les violences conjugales et la misère sociale. Les maltraitances de mineurs et de majeurs vulnérables sont plus rarement observées. Les médecins interrogés semblent avoir un bon bagage décisionnel, car la plupart indiquent des orientations adaptées. Néanmoins, dans certaines situations, les orientations ne sont pas optimales. Les interrogés signalent majoritairement un besoin d'information dans le domaine de l'urgence sociale, surtout sous forme de formation continue, de référentiels au cabinet et de sites internet ciblés et cela dans tous les domaines proposés, à l'exception de l'accès aux soins.

Vue la confirmation de notre hypothèse, nous avons proposé un référentiel utilisable et diffusable en cabinet de médecine générale ambulatoire afin de donner une réponse plus rapide et plus adaptée en cas de confrontation à une situation relevant de l'urgence sociale. Il sera diffusé par apicrypt® à tous les généralistes de Nancy et agglomération.

Titre en anglais:

How to deal with social emergency situations: A survey among general practitioners in Nancy (France)

Thèse: Médecine générale - année 2015

Mots clés:

urgence sociale, médecine générale, maltraitance de majeurs vulnérables, maltraitance de mineurs, violences conjugales, précarité, accès aux soins, maintien à domicile difficile, référentiel, conduite à tenir

Intitulé et adresse de l'UFR:

Université de Lorraine
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex