

UNIVERSITÉ DE NANTES
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2009

N° : 24

THÈSE
pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Marie-Valentine GLAVANY

Née le 02/12/1979 à Quimper

Présentée et soutenue publiquement le 1^{er} juillet 2009

PRÉCARITÉ ET SANTÉ APRÈS 60 ANS :

**ÉTUDE DE 54 PATIENTS
VUS À LA CONSULTATION JEAN GUILLON,
PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ
(PASS) DU CHU DE NANTES, EN 2008**

Président : Monsieur le Professeur J. BARRIER

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur C. AGARD

Table des matières

Table des matières	2
Abréviations	6
Introduction	9
I	
Précarité et vieillesse, dépistage et prévention	14
I.1 La précarité.....	15
I.2 Précarité et santé, inégalités d'accès aux soins.....	16
I.3 Les PASS, Permanences d'Accès aux Soins de Santé.....	18
I.3.A LES PASS EN FRANCE	18
I.3.B LA PASS ET LA CONSULTATION	20
JEAN GUILLON À NANTES	20
La PASS de Nantes, un dispositif transversal... ..	20
La Consultation Jean Guillon, au cœur de la PASS du CHU de Nantes.....	21
I.3.B ACTIVITÉ DE LA CJG.....	23
I.4 Les personnes âgées de 60 ans et plus.....	24
I.4.A LES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE.....	24
Démographie.....	25
Principales pathologies médicales.....	25
I.4.B PERSONNES ÂGÉES ET PRÉCARITÉ DANS LA POPULATION GÉNÉRALE.....	27
I.4.C LES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS À LA CJG.....	29
I.5 La maladie athéromateuse : pathologie, prévention et facteurs de risque..	30
I.5.A LE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE.....	30
I.5.B LES PATHOLOGIES LIÉES À L'ATHÉROME.....	31
I.5.C LA PRÉVENTION DES MALADIES ATHÉROMATEUSES	32
I.5.D LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE	32
I.6 Le dépistage des cancers de la prostate, du sein, et du côlon.....	34
I.6.A LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE.....	34
I.6.B LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN.....	35
I.6.C LE DÉPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL.....	35
1.7 Les vaccinations antigrippale	

et antitétanique.....	36
I.7.A LA VACCINATION ANTIGRIPPALE.....	38
I.7.B LA VACCINATION ANTITÉTANIQUE.....	38

II

Enquête

auprès des patients

âgés de 60 ans et plus

à la Consultation.....	39
------------------------	----

Jean Guillon

du CHU de Nantes.....	39
-----------------------	----

Introduction à l'étude.....	40
-----------------------------	----

II.1 Objectifs de l'étude.....	42
--------------------------------	----

II.2 Patients et méthode.....	42
-------------------------------	----

II.2.A PATIENTS.....	43
----------------------	----

II.2.B MÉTHODE DE L'ENQUÊTE.....	44
----------------------------------	----

II.2.C ÉLABORATION DU RECUEIL DE DONNÉES.....	44
---	----

II.2.D CONTENU DU RECUEIL DE DONNÉES.....	45
---	----

Première partie : données démographiques.....	46
---	----

Deuxième partie : données sociales.....	46
---	----

Troisième partie : données médicales.....	47
---	----

II.2.E TRAITEMENT DES DONNÉES.....	50
------------------------------------	----

II.3 Résultats de l'enquête.....	51
----------------------------------	----

II.3.A DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.....	51
------------------------------------	----

Population étudiée.....	51
-------------------------	----

Répartition par sexe.....	51
---------------------------	----

Répartition selon les âges.....	52
---------------------------------	----

Répartition selon les nationalités.....	52
---	----

Primoconsultants.....	53
-----------------------	----

Délai entre l'arrivée en France	
---------------------------------	--

et la première consultation.....	55
----------------------------------	----

Déclaration de médecin traitant.....	55
--------------------------------------	----

II.3.B DONNÉES SOCIALES.....	55
------------------------------	----

Conditions de logement.....	55
-----------------------------	----

Couverture sociale le jour de la consultation.....	58
--	----

Présence d'un accompagnant.....	60
---------------------------------	----

Compréhension lors de l'entretien.....	60
--	----

Demande d'asile et de carte de séjour	
---------------------------------------	--

pour raison de santé.....	60
---------------------------	----

II.3.C DONNÉES MÉDICALES.....	61
-------------------------------	----

Motif de la première consultation.....	61
--	----

Pathologies médicales présentes.....	63
--------------------------------------	----

Facteurs de risque autres que le diabète,	
---	--

l'hypertension artérielle et la dyslipidémie .	79
Indice de masse corporelle (IMC).....	80
Performance status (PS).....	80
État vaccinal.....	81
Échelle visuelle analogique (EVA).....	81
Orientation.....	81

III

Analyse & discussion.....83

III.1 Analyse & discussion

des caractéristiques médico-sociales.....	84
III.1.A ANALYSE DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES.....	84
Sexe.....	84
Âge.....	86
Nationalité.....	87
Délai entre l'arrivée en France	88
et la première consultation.....	88
III.1.B ANALYSE DES DONNÉES SOCIALES.....	90
Logement.....	90
Couverture sociale.....	93
Présence d'un accompagnant.....	94
Demandes de titres de séjour.....	98
III.1.C ANALYSE DES DONNÉES MÉDICALES.....	99
Motif de la première consultation.....	99
Pathologies médicales existantes.....	106
Couverture vaccinale.....	116
Échelle visuelle analogique (EVA).....	118

III.2 Analyse des résultats concernant les facteurs de risque cardio-vasculaire et les cancers du sein, de la prostate

et du côlon.....	120
III.2.A LES FACTEURS DE RISQUE	
CARDIO-VASCULAIRE.....	120
III.2.B LES CANCERS DU SEIN, DE LA PROSTATE	
ET DU CÔLON.....	129
Cancer du sein.....	130
Cancer de la prostate.....	131
Cancer du côlon.....	133
Pour conclure, quelques pistes de réflexion	
sur le dépistage des cancers.....	134

IV

Synthèse des résultats

et perspectives.....	136
IV.1 Synthèse.....	137
IV.2 Perspectives.....	139
IV.3 Limites et biais de l'étude.....	142
Conclusion.....	144
Bibliographie.....	147
Annexes.....	161
Annexe 1	162
Annexe 2	165
Annexe 3.....	166
PS = PERFORMANCE STATUS OMS.....	166
TITRE DE THÈSE : PRÉCARITÉ ET SANTÉ APRÈS 60 ANS : ÉTUDE DE 54 PATIENTS VUS À LA CONSULTATION JEAN GUILLON, PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS) DU CHU DE NANTES, EN 2008.....	167
MOTS-CLÉS.....	167

Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé	cérébral
AFU : Association Française d'Urologie	BCG : Bacille de Calmette et Guérin
AIDA : Accueil d'Information des Demandeurs d'Asile	BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive
ALD : Affection Longue Durée	CASO : Centre d'Accueil, de Soins, et d'Orientation
AME : Aide Médicale d'État	CFPD : Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé	CHU : Centre Hospitalier Universitaire
AOMI : Artériopathie oblitérante des membres inférieurs	CIDDIST : Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles
APA : Allocation pour Personnes Âgées	CJG : Consultation Jean Guillon
ASAMLA : Association Santé Migrants Loire-Atlantique	CLAT : Centre de Lutte Antituberculeuse
AVC : Accident vasculaire	CMU : Couverture Maladie

Universelle	Analogique
CMUC : Couverture Maladie	GASPROM : Groupement
Universelle	Accueil, Service,
complémentaire	Promotion du Travailleur
CNAMTS : Caisse Nationale	Immigré
d'Assurance Maladie des	GEIG : Groupe d'Étude et
Travailleurs Salariés	d'Information sur la
COMEDE : Comité Médical	Grippe
pour les Exilés	HBP : Hypertrophie
CREDES : Centre de	bénigne de la prostate
Recherche, d'Étude et de	HTA : Hypertension
Documentation en Économie	artérielle
de la Santé	IDR : Intradermoréaction
CVP : Centre de	Ig : Immunoglobuline
Vaccinations Polyvalentes	IMC : Indice de masse
DRESS : Direction de la	corporelle
Recherche,	INPES : Institut National
des Études, de	de Prévention et
l'Évaluation et des	d'Éducation pour la Santé
Statistiques	INSEE : Institut National
EHPAD : Établissement	de la Statistique et des
d'Hébergement pour	Études Économiques
Personnes Âgées	MMSE : Mini-Mental State
Dépendantes	Examination
ELPP : Équipe de liaison	MST : Maladies
psychiatrie-précarité	sexuellement
ENNS : Enquête Nationale	transmissibles
Nutrition Santé	NHLBI : National Heart
EPP : Électrophorèse des	Lung and Blood Institute
protéines plasmatiques	ORL : Oto-rhino-
EVA : Échelle Visuelle	laryngologie

OMS : Organisation
Mondiale
de la Santé
OH : Alcoolisme
ORS : Observatoire
Régional de Santé
PAD : Pression artérielle
diastolique
PAS : Pression artérielle
systolique
PASS : Permanence d'Accès
aux Soins
de Santé
PIMESP : Pôle
d'Information Médicale et
de Santé Publique
PNNS : Programme National
Nutrition Santé
PS : Performance status
PSA : Antigène spécifique
de la prostate
PTH : Parathormone
RCV : Risque cardio-
vasculaire global
SAS : Syndrome d'apnée du
sommeil
SDF : Sans domicile fixe
SS : Sécurité Sociale
TBC : Tuberculose
TR : Toucher rectal
UGOMPS : Unité de
gynécologie-obstétrique
médico-psycho-sociale
VAT : Vaccination
antitétanique
VIH : Virus de
l'Immunodéficience
Humaine
WHO : World Health
Organization

Introduction

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été installées dans les hôpitaux publics suite à la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998 [1]. Ce sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale intégrés à l'hôpital dans le but de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et de garantir leur intégration dans le système de droit commun. Au Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, la PASS et sa consultation médico-sociale, la Consultation Jean Guillon (CJG), ont vu le jour en 1999.

L'activité de la CJG porte essentiellement sur les soins de premier recours. Elle présente néanmoins une part importante de prévention et de dépistage, par la clinique (examen médical complet, prise de tension artérielle), la biologie (bilan biologique systématiquement proposé aux personnes consultant pour la première fois) et la thérapeutique (prise en compte des facteurs de risque, vaccinations...).

Les personnes de plus de 60 ans représentent une part grandissante de la population générale. Dans le même temps, certaines pathologies liées à l'âge voient leur fréquence augmenter : ainsi, la morbidité liée aux maladies cardio-vasculaires, notamment par maladie athéromateuse, a été multipliée par trois en 20 ans [2]. L'incidence du cancer du sein a augmenté de 24 % en 10 ans, celle du cancer du côlon a augmenté de 7 % chez les hommes et de 5 % chez les femmes en 10 ans, et le nombre annuel de nouveaux cas

de cancer de la prostate a été multiplié par deux en 10 ans [3]. Ces trois cancers comptent par ailleurs parmi les plus fréquents en France : en 2005, au niveau national, le cancer du sein était le cancer le plus fréquent chez la femme, celui de la prostate le plus fréquent chez l'homme, puis, par ordre de fréquence, hommes-femmes confondus, venait le cancer colo-rectal [4].

Ces pathologies restent pourtant accessibles à une stratégie de prévention et de dépistage.

Lors de mon dernier stage d'interne à la Consultation Jean Guillon, j'ai pu constater que, même si les personnes de plus de 60 ans étaient présentes en moins grand nombre que les personnes plus jeunes, elles semblaient présenter quelques spécificités sur le plan médical du fait de pathologies multiples et graves, en particulier sur le plan des maladies athéromateuses et des cancers. D'autre part, il m'a semblé que les problèmes médicaux des personnes de plus de 60 ans à la CJG correspondaient à ceux des personnes bien plus âgées mais non « précaires » en médecine « de ville ».

Les personnes âgées de plus de 60 ans en situation précaire font l'objet de peu d'études.

J'ai souhaité diriger mon travail de thèse sur la population des personnes âgées de 60 ans et plus, en situation de précarité sociale, consultant à la CJG, afin de mieux connaître leurs caractéristiques

médico-sociales et dans la perspective d'améliorer leur prise en charge. J'ai aussi souhaité établir en particulier un état des lieux des pathologies athéromateuses, et de leurs facteurs de risque, ainsi que des cancers du sein, de la prostate et du côlon. Il s'agit en effet de problèmes de santé publique pour lesquels une prévention ou un dépistage sont à réaliser.

La lutte contre la précarité est au cœur du débat de société d'aujourd'hui, mais la précarité elle-même reste souvent mal définie.

Dans un premier temps, je définirai la notion de précarité, ses liens avec la santé et je présenterai les PASS et la CJG. J'établirai un état des lieux démographique et sanitaire des personnes de 60 ans et plus dans la population générale en décrivant leurs principales pathologies. Je passerai en revue quelques concepts liés au risque cardio-vasculaire et décrirai les dépistages des cancers du sein, de la prostate et du côlon tels qu'on les envisage aujourd'hui dans cette tranche d'âge.

Dans un deuxième temps, je présenterai mon étude sur les personnes de 60 ans et plus consultant à la CJG pendant l'année 2008. Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective des 54 personnes d'au moins 60 ans qui y ont consulté durant l'année 2008. Cette étude décrit les caractéristiques médico-sociales de

ces patients et établit un état des lieux de la maladie athéromateuse rencontrée.

Elle établit de même un état des lieux des cancers du sein, de la prostate et du côlon au sein de cette population et de l'accès au dépistage pour ces pathologies.

Enfin, dans le troisième temps de ce travail, j'analyserai ces résultats en les confrontant à la population consultant dans les PASS, tous âges confondus, et aux patients du même âge dans la population générale, afin de faire ressortir leur problématique particulière et de proposer des améliorations de leur prise en charge.

I

Précarité et vieillesse, dépistage et prévention

I.1 La précarité

La Consultation Jean Guillon (CJG) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nantes est une consultation médico-sociale destinée à accueillir les personnes en situation de précarité. Mais qu'entend-on par le terme « précarité » ? C'est la définition de J.Wresinski, lors de son rapport remis au Conseil Économique et Social en 1987, qui semble être la plus complète. Elle présente la précarité comme « un état d'instabilité sociale caractérisée par l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales, et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » [5].

Les personnes les plus touchées sont d'abord celles qui vivent dans des situations de grande vulnérabilité sociale présentant un « risque » de précarité, comme un événement social, un état de santé, des conditions de vie, ou une appartenance ethnique discriminée qui pourraient les précipiter dans cet état. Mais un nombre important d'autres

personnes peuvent aboutir à cette situation de fragilisation et d'instabilité économique, sociale et familiale, par une suite d'enchaînement d'événements : la précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière, comme nous le vérifierons d'ailleurs au cours de l'étude à suivre.

I.2 Précarité et santé, inégalités d'accès aux soins

La population la plus défavorisée présente une mortalité plus élevée que toutes les classes sociales plus aisées. Par exemple, l'espérance de vie à 35 ans se traduit par un écart de 9,2 ans entre les ingénieurs et les manœuvres. Il en est de même sur le plan de la morbidité : les ouvriers non qualifiés accusent un vieillissement prématuré de 1,8 ans alors que les cadres ont un vieillissement retardé de 2,1 ans. Ce constat, fait par J. Lebas et P. Chauvin, a été rapporté dans « Précarité et santé », paru en 1996 [6].

Par ailleurs, la mauvaise santé peut être vue aussi bien comme une cause de la précarité que comme une de ses conséquences. Ainsi, selon une définition de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS), « la précarité résulte de parcours de vie faits de ruptures sociales, professionnelles ou affectives et recouvre des histoires et difficultés diverses. Ces

ruptures et conditions de vie passées et présentes induisent ou révèlent des problèmes de santé, parfois aussi, elles en découlent. Elles rendent moins à même les personnes de repérer et de soigner ces problèmes de santé qui s'aggravent et se cumulent ». Dans le système de santé français, basé sur le principe de la liberté d'accès aux praticiens et sur la priorité accordée aux soins curatifs [6], les capacités inégales des bénéficiaires potentiels de soins à identifier leurs besoins et/ou à formuler leurs attentes, constituent autant de facteurs d'inégalité aux soins.

L'inégalité d'accès aux soins présente plusieurs aspects et joue à différents niveaux, qu'il importe de distinguer ici :

- l'inégalité d'accès aux soins primaire se caractérise par l'inégalité d'accès au système de santé ;
- l'inégalité d'accès aux soins secondaire se définit comme l'inégalité de la reconnaissance et de la prise en charge des problèmes par le système de soins.

Le rôle du dispositif PASS est d'abord défini par l'objectif de réduction des inégalités d'accès aux soins primaires. De fait, la réduction des inégalités d'accès aux soins secondaires s'impose comme un enjeu essentiel du travail au sein de ce dispositif. En effet, selon les travaux du Pr. Lombrail [7], si la part d'inégalités d'accès aux soins secondaires est moins documentée, elle demeure bien réelle. Au niveau

des inégalités par omission, qui relèvent essentiellement du rôle du soignant, on note, dans la population générale, en matière de soins curatifs, une moins grande prescription de médicaments et de transfusions parmi les personnes de plus faible niveau d'instruction [7]. En matière de soins préventifs, on note une variation de couverture vaccinale, et de dépistage de cancers (sein, utérus...) selon l'appartenance sociale [8].

Il est donc nécessaire de favoriser l'accès primaire aux soins mais aussi de prendre en compte ce défaut d'accès aux soins secondaire chez les personnes en situation de précarité, en particulier chez les personnes âgées, comme nous le verrons plus tard. Ce sont deux des rôles attribués aux hôpitaux publics, par l'intermédiaire des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

I.3 Les PASS, Permanences d'Accès aux Soins de Santé

I.3.A LES PASS EN FRANCE

Les PASS sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale intégrés à l'hôpital public, résultant de la loi du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions [1]. En effet, les hôpitaux publics ou établissements privés participant au

service public hospitalier ont notamment dans leurs missions l'accès aux soins des personnes les plus démunies et la lutte contre l'exclusion sociale. La circulaire du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies est destinée à « implanter dans les locaux hospitaliers une cellule d'accueil spécialisée pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leurs droits ».

Suite à cette circulaire, la loi du 29 juillet 1998 conforte cette disposition d'accueil groupé médical et social : « l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral, ainsi que les professions chargées de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins ». Le but est donc, par l'accueil et l'aide dans les démarches de reconnaissance de leurs droits, de faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation précaire, tout en préservant un accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population.

Entre 1998 et 2003, en France, 369 PASS ont ainsi été créées, dont 4 en Loire-Atlantique : à Nantes, Ancenis, Saint-Nazaire et Chateaubriant.

Une dizaine d'années après l'installation des premières PASS, et tandis que ce dispositif s'est

généralisé en France, peu d'études ont été réalisées, que ce soit au niveau national ou régional. On peut toutefois citer une étude prospective des caractéristiques médicosychosociales de 350 patients ayant consulté une PASS, en 2002, à Avignon [⁹], ainsi qu'une étude de l'activité médico-sociale de 21 PASS françaises (4716 patients) en 2003 [¹⁰]. De ces deux études ressort que, parmi les patients observés, on compte surtout des adultes jeunes (moyenne d'âge 37 et 35 ans), de sexe masculin (56 % et 59 %), étrangers (73 % et 77 %), pour la plupart sans couverture sociale (48 % et 52 %). Les pathologies le plus souvent retrouvées sont les infections (42 % des patients) selon l'étude d'Avignon, et les pathologies digestives (8,6 % par motif de consultation) selon l'étude des 21 PASS françaises. Dans les deux études ces pathologies concernent le plus souvent les patients étrangers. Les patients français, eux, présentent plus de troubles psychiques et de conduites addictives.

I.3.B LA PASS ET LA CONSULTATION

JEAN GUILLON À NANTES

La PASS de Nantes, un dispositif transversal

En novembre 1999, au CHU de Nantes, un groupe de travail pluridisciplinaire a élaboré un projet de dispositif PASS.

Des objectifs précis ont été listés:

- permettre une meilleure identification des situations de précarité,
- favoriser l'accès aux droits,
- faciliter l'accès aux médicaments des personnes en situation de précarité,
- participer à la consultation et au développement du réseau entre professionnels de santé et professionnels du social,
- contribuer à informer et former les personnes aux problèmes de précarité,
- mettre en place une consultation médico-sociale à visée généraliste : la CJG.

La PASS est un dispositif transversal, mis en place au niveau des différents services et unités qui accueillent des personnes précarisées, comme la pédiatrie, l'Unité de Gynécologie-Obstétricale Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS), l'Équipe de Liaison Psychiatrie-Précarité (ELPP), et le Centre de Soins Dentaires.

Dans tous ces services, des procédures spécifiques ont été mises en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes précaires, avec le concours de médecins et d'assistantes sociales.

La Consultation Jean Guillon, au cœur de la PASS du CHU de Nantes

La CJG reste le pivot central du dispositif PASS.

Elle représente une unité fonctionnelle du pôle de Médecine du CHU de Nantes, rattachée au service de Médecine Interne, et dispose des moyens techniques du CHU. Elle est située depuis octobre 2005 dans un bâtiment annexe de l'Hôtel-Dieu, le bâtiment Tourville, qui regroupe d'autres services de consultation : le CIDDIST (Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles), la médecine du travail du personnel du CHU, la consultation des voyageurs, le CVP (Centre de Vaccinations Polyvalentes) et la Maison Médicale.

Les locaux comprennent un secrétariat, deux salles d'attente, trois bureaux de consultation médicale, 2 bureaux d'assistante sociale, une salle de soins infirmiers, une salle d'eau.

L'équipe de la CJG est composée d'un médecin interniste référent médical du dispositif PASS, d'une assistante en médecine générale, d'un interne en médecine générale, de deux assistantes sociales, deux infirmières, une aide soignante et une secrétaire.

Les consultations médicales sont complétées l'après-midi par la présence de médecins généralistes vacataires.

La CJG est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 18h00 ; les consultations ont lieu le matin sur rendez-vous, l'après-midi sans rendez-vous.

I.3.B ACTIVITÉ DE LA CJG

Selon le rapport d'activité de la PASS du CHU de Nantes de 2007 [11], la file active de la CJG était de 1315 patients. La moyenne d'âge des consultants était de 28,9 ans.

Les Français représentaient 25,5 % des consultants. Les primoconsultants (patients consultant pour la première fois) constituaient 50,3 % des personnes reçues à la CJG.

Les primoconsultants sans logement représentaient 44 % de la population, 42,6 % d'entre eux étaient hébergés et seuls 12,6 % d'entre eux possédaient un logement personnel.

Lors de la première consultation, 60 % des personnes n'avaient pas de couverture maladie (pas de Sécurité Sociale, ni de Couverture Maladie Universelle, ni d'Aide Médicale d'État, ni de mutuelle).

La CJG travaille en partenariat avec des associations ou organismes sociaux tels que AIDA (Accueil d'Information des Demandeurs d'Asile), Médecins du Monde, le GASPROM (Groupement Accueil, Service, Promotion du travailleur immigré : association de solidarité avec les travailleurs immigrés de Nantes), la Maison d'Accueil de Jour et le Samu Social. Ce sont eux principalement qui orientent les patients vers la CJG.

Selon le même rapport d'activité de la PASS du CHU de Nantes de 2007, les principaux problèmes de santé rencontrés à la CJG sont constitués pour 28 % de

demandes de bilan, de suivi, de résultats, ou de renouvellements d'ordonnances.

Les maladies infectieuses représentent 14 % des consultations (dont hépatite B : 0,5 % et hépatite C : 1 %), les soins dentaires 12 %. La gynécologie constitue 11 % des problèmes de santé observés (dont grossesses : 7 %).

On compte 10 % de problèmes rhumatologiques, ainsi que de pathologies ORL.

Les problèmes digestifs représentent 7 % des consultations.

On rencontre 5 % de demandes de certificats, de pathologie psychiatrique (dont alcoolisme : 1,5 %) et de dermatologie. Les autres pathologies représentent moins de 5 % des consultations (y compris la cardiologie : 2,5 %, dont l'hypertension artérielle : 1,6 %).

I.4 Les personnes âgées de 60 ans et plus

I.4.A LES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Même si l'on parle parfois de « personnes âgées », dans la littérature courante et médicale, à partir d'un âge bien supérieur à 60 ans, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les personnes « entrent dans la vieillesse » à partir de l'âge de 60 ans. D'un point de vue

administratif, cet âge correspond aussi à l'âge de la retraite en France, et à l'âge requis pour certaines allocations vieillesse, comme l'Allocation pour Personnes Âgées (APA).

Démographie

Les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient 21 % de la population, en France métropolitaine, au 1^{er} janvier 2005, selon l'INSEE [12]. On constate une nette progression de l'effectif de cette tranche d'âge tous les ans. Ainsi, il a progressé de 18 % de 1990 à 2005. Un habitant sur cinq était âgé de 60 ans et plus en 2000, ils devraient être un sur trois en 2050, et deux fois plus nombreux que la tranche d'âge des 20-59 ans, par rapport à 2005. Ce phénomène s'explique par la diminution de la natalité d'une part, et par l'augmentation de l'espérance de vie d'autre part. Actuellement, l'espérance de vie à la naissance, en France, dans la population générale, est de 77,5 ans pour les hommes, et de 84,3 ans pour les femmes (espérance de vie au 1^{er} Janvier 2008, selon l'INSEE) [13].

Principales pathologies médicales

Il existe un ensemble de maladies pour lesquelles on note une augmentation nette de la fréquence en rapport avec le vieillissement. Parmi celles-ci, on

peut retenir :

- les maladies cardio-vasculaires (maladies coronariennes, accidents vasculaires cérébraux, pathologies vasculaires périphériques, insuffisance cardiaque),
- les cancers (des voies aériennes supérieures, du côlon, du sein, de la prostate...),
- les démences (en particulier vasculaires et la maladie d'Alzheimer),
- les maladies ostéo-articulaires (arthrose, ostéoporose...)
- les dépressions,
- les troubles sensoriels (audition, glaucome, cataracte, dégénérescence maculaire liée à l'âge...).

Les deux premières pathologies citées (les maladies cardio-vasculaires et les cancers) constituent par ailleurs les deux premières causes médicales de décès en France, âges et sexes confondus. Elles représentaient respectivement 32 % et 29,5 % des décès (selon l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) [¹⁴] et selon l'INSEE [¹⁵]), en 2005.

En terme d'incidence, les trois premiers cancers en France sont les cancers de la prostate, du sein, et le cancer colo-rectal.

Chez l'homme, le cancer est la première cause de décès : soit 34 % (selon l'INSEE, 2005). Les principaux cancers responsables de décès sont, par ordre de fréquence (selon l'INSEE, en 2005, en France

métropolitaine), les tumeurs des voies aériennes (larynx, trachée, bronches, poumons) et du côlon (respectivement 8,6 % et 2,4 %). En terme de fréquence, le cancer de la prostate est le plus représenté chez l'homme.

Chez la femme, selon la même source de l'INSEE, le principal cancer responsable de décès est le cancer du sein (4,4 %). Ce cancer est aussi le premier cancer chez la femme, en terme de fréquence.

Comme nous le verrons plus loin, les maladies cardiovasculaires ainsi que certains cancers sont accessibles à une stratégie de dépistage, qui reste toujours efficace après 60 ans.

I.4.B PERSONNES ÂGÉES ET PRÉCARITÉ DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

Quelques données permettent de mettre en lumière la forte exposition des personnes âgées à la précarité, ne serait-ce qu'en termes de revenu, dans la population générale.

Comme le souligne le rapport sur le mal-logement rendu par la Fondation Abbé Pierre en 2009 ^[16], on a pu observer une progression du niveau de vie moyen des retraités dans les dernières décennies : l'écart de revenu moyen entre actifs et retraités n'est plus que de 10 %, témoignant du rattrapage historique, en France, du niveau de vie moyen des actifs par les retraités. Notons toutefois que cette progression du niveau de vie moyen des retraités marque le pas :

entre 1996 et 2005, elle a été inférieure à celle du niveau de vie moyen.

Plus généralement, la précarisation des personnes âgées est attestée par le niveau et l'évolution du minimum vieillesse. Le minimum vieillesse, dont bénéficient 600 000 personnes, s'élève à 628 euros mensuels en 2008, tandis que le seuil de pauvreté se situe, lui, à 788 euros (soit 60 % du revenu médian). Il est ainsi passé en dessous du seuil de pauvreté depuis 2005.

Selon l'INSEE des Pays de la Loire ^[17], ce sont 7,8 % des personnes de plus de 65 ans en France qui vivent en dessous du seuil de pauvreté (8,4 % dans la région des Pays de la Loire). Ces mesures officielles de la pauvreté ne suffisent cependant probablement pas à rendre compte de la précarité des personnes âgées en France, car la population la plus précaire échappe en partie aux statistiques.

Toujours selon le rapport de la Fondation Abbé Pierre de 2009 [16], « le vieillissement consolide, voire aggrave, les inégalités économiques et sociales établies au cours de la vie, et il a tendance à renforcer les clivages sociaux ou les situations d'exclusion que connaissaient les personnes avant d'entrer dans l'âge de la retraite. »

S'agissant des patients consultant à la PASS, ne bénéficiant souvent pas des mesures de protection sociale spécifiques, il convient plutôt, d'ailleurs, de parler de très grande précarité. Mon expérience

personnelle avec les personnes âgées de la CJG m'a incité à une plus grande vigilance à ce sujet.

I.4.C LES PERSONNES ÂGÉES DE 60 ANS ET PLUS À LA CJG

À la CJG, pour l'année 2008, on compte 54 personnes âgées de 60 ans et plus, sur 1334 patients consultant cette année-là, ce qui constitue environ 4 % des consultants.

C'est donc une population quantitativement peu importante, mais elle pose le problème de pathologies multiples et souvent graves. Cette population non étudiée à ce jour présente de plus la particularité, comme nous le verrons par la suite, de cumuler les pathologies du sujet âgé, y compris pour un âge physiologique moindre, et celles du sujet en situation précaire. Il paraît donc d'autant plus important d'insister sur la prévention dans cette population.

Il n'y a pas d'étude spécifique des personnes de plus de 60 ans consultant dans les PASS, au niveau national. L'étude des caractéristiques médico-sociales de 350 patients ayant consulté une permanence d'accès aux soins en 2002, à Avignon, ne fait pas mention de la représentativité des personnes âgées. L'âge moyen y est de 37 ans pour les hommes et de 36 ans pour les femmes (pour un âge moyen, rappelons-le, de 28,9 ans à la CJG), avec un âge

maximal de 78 ans. L'étude de l'activité médico-sociale de 21 PASS françaises (4716 patients) en 2003 n'en dit pas plus, mais les âges extrêmes vont de 1 à 96 ans.

I.5 La maladie athéromateuse : pathologie, prévention et facteurs de risque

La maladie athéromateuse, comme souligné auparavant, constitue la première cause de décès en France. De plus, on rappelle qu'elle augmente de façon significative avec l'âge. Il paraît important ici de creuser les manifestations de cette pathologie, de définir sa prévention, et passer en revue ses facteurs de risque.

Ce chapitre reprend les définitions des concepts liés au risque cardio-vasculaire, selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), 2004 [2].

I.5.A LE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Le risque cardio-vasculaire fait référence à une probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire. Il peut s'exprimer à l'aide de différents indicateurs :

- Le risque absolu ou risque global, qui est la probabilité de survenue d'un événement cardio-

vasculaire sur une période de temps donnée chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque,

- le risque relatif, qui est la probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque rapportée à la probabilité de survenue de ce même événement en l'absence de ces facteurs de risque,
- l'espérance de vie,
- le risque de vie entière, qui est la probabilité de survenue d'un événement cardio-vasculaire estimé sur l'ensemble des années restant à vivre.

I.5.B LES PATHOLOGIES LIÉES À L'ATHÉROME

Les maladies athéromateuses représentent les différentes pathologies chroniques ou événements ayant en commun une physiopathologie liée à l'athérosclérose infraclinique et responsable de mort prématurée. Il peut s'agir :

- de maladies coronariennes (angor d'effort, angor instable, infarctus du myocarde, voire mort subite), d'insuffisance cardiaque ischémique,
- d'accidents vasculaires cérébraux (généralement ischémiques, transitoires ou constitués, parfois hémorragiques),
- de pathologies vasculaires périphériques (artériopathie oblitérante des membres inférieurs, anévrisme aortique, insuffisance rénale par néphro-angiosclérose).

I.5.C LA PRÉVENTION DES MALADIES ATHÉROMATEUSES

La prévention des maladies athéromateuses concerne les patients qui n'ont pas de pathologie athéromateuse connue (prévention primaire) et les patients ayant eu une manifestation cliniquement exprimée (prévention secondaire). Les objectifs de la prévention sont de dépister, de prendre en charge les facteurs de risque cardio-vasculaire, et de mettre en place des mesures hygiéno-diététiques et thérapeutiques afin d'éviter, limiter ou retarder le développement d'une pathologie athéromateuse et la survenue ou la complication de récurrences.

I.5.D LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

Un facteur de risque cardio-vasculaire peut être défini comme un état clinique ou biologique qui augmente le risque de survenue d'un événement cardio-vasculaire donné. Les recommandations européennes, selon De Backer *et al.*, 2003 [18] et américaines, selon Grundy, 1999 [19] identifient trois groupes de facteurs de risque cardio-vasculaires classés selon leur degré d'imputabilité : les facteurs de risque « majeurs », « prédisposants » et « discutés ».

Le choix du type d'intervention thérapeutique à mettre en œuvre pour un patient peut relever de deux approches différentes : une approche par facteurs de

risque ou une approche faisant intervenir l'ensemble des facteurs de risque (risque cardio-vasculaire global : RCV global). Dans cette dernière approche, la mise en route de la stratégie thérapeutique se base sur l'estimation globale du risque cardio-vasculaire pour un individu donné. En France, dans l'attente d'un outil d'évaluation du RCV global, on utilise pour le moment toujours une approche par facteurs de risque de la prévention des maladies athéromateuses (décision de la thérapeutique en fonction d'une valeur seuil atteinte pour un facteur donné).

Ainsi, les principaux facteurs de risque sont :

- L'âge (considéré comme un facteur de risque chez tous les patients de mon étude, ayant tous plus de 60 ans),
- Le tabagisme : actuel ou arrêté depuis moins de trois ans,
- Les antécédents personnels de maladie cardio-vasculaire,
- Les antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire (infarctus du myocarde ou mort subite avant 55 ans chez le père ou chez un parent de 1^{er} degré de sexe masculin ; ou infarctus du myocarde ou mort subite avant 65 ans chez la mère ou chez un parent de 1^{er} degré de sexe féminin)
- L'hypertension artérielle (HTA) permanente, traitée ou non (définie par une PAS \geq 140 mmHg et /ou PAD \geq 90 mmHg)

- Le diabète de type 2, traité ou non (défini par une glycémie veineuse $\geq 1,26$ g/l à deux reprises, ou une glycémie ≥ 2 g/l à n'importe quel moment de la journée)
- La dyslipidémie (élévation du cholestérol total, élévation du LDL-cholestérol, diminution du HDL-cholestérol)

Il faut considérer qu'un HDL-cholestérol $\geq 0,60$ g/l constitue un facteur protecteur.

I.6 Le dépistage des cancers de la prostate, du sein, et du côlon

Rappelons que le cancer est la deuxième cause de décès après la maladie athéromateuse (âges et sexes confondus). De plus, on a noté que les cancers de la prostate, du sein et du côlon constituent, en terme d'incidence, les trois premiers cancers en France et que, chez l'homme, le cancer est la première cause de décès.

Ces maladies sont plus fréquentes chez les personnes âgées, comme en témoignent les campagnes de dépistage proposées aux plus de 50 ans.

I.6.A LE DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE

L'Association Française d'Urologie (AFU) ^[20] et l'American Urological Association ^[21] recommandent un dépistage individuel annuel du cancer de la prostate,

chez tous les hommes entre 50 et 75 ans, par le couplage de la réalisation d'un toucher rectal (TR) et d'un dosage de l'antigène sérique spécifique de la prostate (PSA). Celui-ci est préconisé dès 45 ans dès qu'il existe un risque familial ou ethnique (c'est-à-dire deux parents de premier ou deuxième degré, ou plus, atteints de cancer de la prostate et/ou une origine africaine ou antillaise) [22]. Le dosage des PSA doit se faire dans le sang, en dehors de toute infection uro-génitale.

I.6.B LE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Depuis le 1^{er} janvier 2004, il existe en France un programme national de dépistage du cancer du sein. Il est proposé à toutes les femmes de 50 à 74 ans, gratuitement. Il consiste en la réalisation d'un examen clinique, et de deux incidences de mammographie, pour chaque sein, tous les deux ans, chez les femmes sans risque héréditaire ni antécédent de cancer du sein [23].

Une autopalpation des seins est conseillée tous les mois.

I.6.C LE DÉPISTAGE DU CANCER COLO-RECTAL

En 2000, le Groupe des experts cancérologues de la Commission Européenne recommande la mise en place du dépistage du cancer colo-rectal en utilisant un test de dépistage par recherche d'un saignement occulte

dans les selles, le test Hemocult® [24].

En France, la Conférence de consensus de l'ANAES (1998) sur le cancer du côlon recommandait la mise en place d'études pilotes [25]. Celles-ci ont débuté en 2003, dans l'objectif de se généraliser à toute la France pour fin 2008.

Ce dépistage concerne les individus des deux sexes, âgés de 50 à 74 ans, à risque moyen. Il est gratuit, et invite les personnes concernées tous les deux ans, en cas de négativité du test. En cas de test positif, une coloscopie doit être réalisée.

Le dépistage par Hemocult® n'est pas considéré comme un bonne méthode de dépistage chez les personnes à risque élevé (maladie inflammatoire intestinale chronique type maladie de Crohn ou recto-colite hémorragique, antécédent personnel de cancer colorectal ou d'adénome, antécédent familial au premier degré de cancer colorectal survenu avant 65 ans, ou deux antécédents au premier degré quel que soit l'âge), ou très élevé (prédisposition génétique au cancer colorectal type syndrome de Lynch ou polyadénomatoase familiale) [26].

1.7 Les vaccinations antigrippale et antitétanique

Parmi toutes les mesures de prévention, deux mesures

simples et efficaces peuvent être mises en œuvre à destination des personnes âgées en situation précaire : les vaccinations antigrippale et antitétanique. Rappelons-en les recommandations.

I.7.A LA VACCINATION ANTIGRIPPALE

Pour les personnes âgées, la vaccination contre la grippe saisonnière est fortement recommandée, selon le guide des vaccinations (2008) [27], tous les ans chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

L'âge seuil à partir duquel la vaccination est recommandée a été abaissé depuis 1999, de 75 ans à 65 ans.

La période de vaccination a lieu pendant la période de circulation virale, soit de novembre à avril dans l'hémisphère Nord.

I.7.B LA VACCINATION ANTITÉTANIQUE

Après l'âge de 18 ans, en considérant une primovaccination efficace effectuée dans l'enfance, un rappel du vaccin contre le tétanos est nécessaire tous les 10 ans, toujours selon le guide des vaccinations, édition 2008.

II

Enquête
auprès des patients
âgés de 60 ans et plus
à la Consultation
Jean Guillon
du CHU de Nantes

Introduction à l'étude

Au cours de mon cursus de troisième cycle des études de médecine générale, j'ai souvent été amenée à prendre en charge des personnes âgées.

J'ai par ailleurs effectué mon dernier stage d'interne à la PASS de Nantes, ce qui m'a permis d'appréhender la problématique des personnes en situation de précarité sociale.

Les particularités médicales des personnes âgées en situation de précarité à la CJG n'ont jamais été étudiées, et pourtant, en y travaillant, il m'avait semblé constater des différences importantes. Les personnes âgées représentaient une faible proportion des consultants de la CJG et elles souffraient de pathologies chroniques et graves. À l'inverse des personnes âgées que j'ai pu rencontrer en médecine générale « de ville », le suivi médical avait été plusieurs fois interrompu, et elles semblaient présenter un âge physiologique supérieur à leur âge réel.

Leurs situations sociales aussi semblaient se démarquer de la population de la CJG. Les personnes âgées étrangères semblaient très entourées par leur famille, mais leur couverture sociale semblait aussi faire défaut.

C'est une population à problématique riche, présentant des caractéristiques sociales et médicales différentes des consultants plus jeunes de la CJG, et différentes des patients du même âge consultant « en ville ».

Ces impressions sur le vif méritaient d'être confrontées à une analyse plus poussée, d'où ce travail de recherche.

II.1 Objectifs de l'étude

Cette étude s'intéresse à la population des personnes âgées de 60 ans et plus, consultant à la CJG du CHU de Nantes, durant l'année 2008.

Elle a pour objectif principal de décrire les caractéristiques médico-sociales de cette population.

Les objectifs secondaires sont de décrire la fréquence des pathologies athéromateuses et la prise en charge de leurs facteurs de risque, ainsi que la fréquence des cancers du sein chez les femmes ou de la prostate chez les hommes, des cancers du côlon, et l'accès au dépistage de ces cancers dans cette population.

Comme décrit précédemment, ces problématiques médicales concernent de très près les personnes de plus de 60 ans.

En analysant les résultats observés dans cette étude, et en les comparant avec les données retrouvées dans la population générale, et dans la population en situation de précarité, tous âges confondus, l'objectif est de faire ressortir les caractéristiques propres à cette population, avec un objectif final d'améliorer la prise en charge médico-sociale globale des patients de 60 ans et plus consultant à la CJG.

II.2 Patients et méthode

II.2.A PATIENTS

Tous les patients de 60 ans et plus consultant à la CJG pendant l'année 2008 ont été inclus. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Les données transmises par le pôle d'information médicale et de santé publique (PIMESP) du CHU de Nantes m'ont permis de recenser tous les patients à inclure dans cette étude.

II.2.B MÉTHODE DE L'ENQUÊTE

L'enquête a débuté en juillet 2008. Elle a porté sur la population des 60 ans et plus (date anniversaire dans le cours de l'année 2008), étudiée sur une période de 1 an, du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, bien que certains dossiers aient pu être étudiés de manière prospective au cours de mon stage d'interne dans le service.

II.2.C ÉLABORATION DU RECUEIL DE DONNÉES

Pour décrire les caractéristiques médico-sociales de ces patients et prendre en compte plus particulièrement les facteurs de risque de maladie athéromateuse et les cancers du sein, de la prostate et du côlon, j'ai établi un recueil de données que j'ai renseigné pour chaque patient inclus, à sa première consultation de l'année 2008.

Par la suite, j'ai complété ces 54 recueils de données avec les dossiers des patients et par le moyen du logiciel Clinicom du CHU de Nantes, jusqu'à la fin de l'année 2008.

Un certain nombre de patients a pu être revu de manière prospective, ainsi j'ai pu évaluer chez eux leur perception générale de leur état de santé par le moyen d'une échelle visuelle analogique, et leur « *performance status* ».

II.2.D CONTENU DU RECUEIL DE DONNÉES

Ce recueil de données comprenait trois parties (*cf. Annexe 1, Recueil de données des personnes de 60 ans et plus vus à la Consultation Jean Guillon du CHU de Nantes en 2008, p.115*)

Première partie : données démographiques

La première partie regroupait les données démographiques renseignant les nom, prénoms, date de naissance, nationalité, date de consultation des patients, en précisant si il s'agissait d'une première consultation ou non.

Les items suivants concernaient la durée écoulée entre l'arrivée en France et la première consultation à la CJG (pour les étrangers, qui constituent 80 % des consultants à la CJG), et la période depuis laquelle la personne était connue de la CJG.

Enfin, j'ai cherché à savoir si le patient avait déclaré un médecin traitant en dehors de la CJG.

Deuxième partie : données sociales

La partie suivante du recueil de données concernait les données sociales : elle indiquait si la personne était accompagnée, et, le cas échéant, par qui. Elle précisait ensuite si le patient - et/ou son éventuel accompagnateur - comprenaient le français. De cette question se déduisait la possibilité d'une bonne compréhension ou non lors de l'entretien, selon qu'au moins une des deux personnes pouvait satisfaire ce critère.

Le type de logement était ensuite documenté : domicile (propriétaire ou locataire), hébergement (par de la famille ou des amis), centre

d'hébergement (centre social, foyer), hôtel, caravane, rue ou squat.

J'ai ensuite cherché à connaître le type de couverture sociale de la personne.

J'ai également cherché à établir si une demande d'asile ou de carte de séjour pour raison de santé était en cours.

Troisième partie : données médicales

Ces données ont été recueillies à partir des dossiers des consultants.

Le recueil des données médicales cherchait à connaître les pathologies des patients, pour en retirer des particularités par rapport à la population générale du même âge, et par rapport à la population précaire, tous âges confondus. J'ai axé plus particulièrement mon travail sur les facteurs de risque cardio-vasculaires et les activités de dépistage concernant les cancers du sein, de la prostate et du côlon.

En commençant par les antécédents, j'ai cherché à savoir si la personne souffrait de diabète, d'hypercholestérolémie ou de dyslipidémie, d'hypertension artérielle.

J'ai considéré, suivant les recommandations de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFFSAPS) [14], qu'un patient était

dyslipidémique dès lors qu'au moins un des taux de l'exploration d'une anomalie lipidique était anormal, à savoir :

- si le taux de LDL-cholestérol était supérieur ou égal à 1,6 g/l,
- si le taux de LDL-cholestérol était supérieur ou égal à 1,3 g/l, si le sujet présentait deux facteurs de risque ou plus, ou s'il faisait l'objet d'une prévention secondaire,
- si le taux de triglycérides était supérieur ou égal à 1,5 g/l,
- si le taux de cholestérol total était supérieur ou égal à 2,5 g/l.

J'ai aussi cherché à renseigner le tabagisme, sevré ou non, un éventuel antécédent familial au premier degré de maladie athéromateuse (infarctus du myocarde, mort subite, accident vasculaire cérébral, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, angor, athérome périphérique), et un antécédent personnel et/ou familial au premier degré de cancer colique.

Venaient ensuite le ou les motifs de la première consultation, les problèmes médicaux identifiés à la suite de la consultation à la CJG, ou ceux préexistants, et les traitements au long cours, non symptomatiques.

J'ai ensuite tenté de savoir si le dépistage du

cancer du côlon avait déjà été effectué (par test de recherche de sang dans les selles (Hemoccult®) et/ou par coloscopie), ainsi que le cancer de la prostate (par toucher rectal et/ou dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) et du sein (par autopalpation et/ou mammographie).

J'ai voulu connaître le statut vaccinal en ce qui concerne le vaccin contre la grippe saisonnière et contre le tétanos.

En renseignant la taille et le poids j'ai pu calculer l'indice de masse corporelle (IMC), selon la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), (cf. Annexe 2, *Classification Internationale de l'Indice de Masse Corporelle, selon l'Organisation Mondiale de la Santé*, p.118). Cet indice est une estimation de l'état de maigreur, de surpoids ou d'obésité chez l'adulte, applicable aux deux sexes, et à toutes les tranches d'âge adulte [28], y compris chez les plus de 60 ans [29].

J'ai adapté l'échelle du « *performance status* » (PS) selon l'OMS à l'activité ambulatoire de la CJG accueillant les personnes en situation précaire, ne travaillant pas, et pour la majorité non francophones (cf. Annexe 3, *Performance status selon l'Organisation Mondiale de la Santé, adapté pour les patients de 60 ans et plus vus à la Consultation Jean Guillon*, p.119).

L'échelle va de 0 à 4.

- 0 ne montre aucune restriction par rapport à l'activité physique antérieure,
- 4 correspond à une dépendance complète.

J'ai utilisé ensuite une échelle visuelle analogique (EVA) du type de celle employée pour la douleur pour demander au patient son ressenti par rapport à son propre état de santé, en général.

Chaque recueil de données était complété par les informations sur le devenir du patient, plusieurs items pouvant être choisis parmi les suivants : le suivi à la PASS, l'orientation vers une consultation spécialisée, vers le service des urgences ou en hospitalisation directe, ainsi que la réorientation auprès d'un médecin traitant en cabinet de ville.

Le relevé des analyses biologiques permettait de connaître l'hémogramme, le ionogramme sanguin, la fonction rénale, l'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP), le dosage de l'acide folique, de la vitamine B12, et de la vitamine D sériques, quand ces prélèvements avaient été réalisés.

II.2.E TRAITEMENT DES DONNÉES

J'ai par la suite regroupé toutes ces données afin de pouvoir établir des comparaisons et des tests statistiques à l'aide d'un tableur (Microsoft Excel).

Pour les comparaisons des variables (hommes/femmes, français/étrangers, âge entre 60 et 70 ans/plus de 70 ans), les données ont été transférées et analysées avec un logiciel (SPSS). Il s'agissait d'une analyse univariée, où les variables continues étaient comparées en utilisant le test de Student. Un test de Fischer ou du Chi-2 a été utilisé pour comparer les variables dichotomiques. Les valeurs de $p < 0,05$ ont été considérées comme significatives.

II.3 Résultats de l'enquête

II.3.A DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Population étudiée

Les 54 personnes différentes ayant consulté une ou plusieurs fois durant l'année 2008 ont été incluses dans cette étude.

Répartition par sexe

Parmi les 54 personnes étudiées, 28 étaient des femmes (51,9 %) et 26 étaient des hommes (48,1 %).

Parmi les patients étrangers étudiés, on comptait 26 femmes et 18 hommes.

Parmi les 10 Français de la population étudiée, 8 étaient des hommes et 2 étaient des femmes.

Ainsi, la proportion de femmes était plus élevée chez

les consultants étrangers que chez les consultants français (59,1 % versus 20 %, $p=0,037$).

Répartition selon les âges

La moyenne d'âge de la population étudiée était de 68,1 ans.

La moyenne d'âge des hommes était de 68,9 ans, celle des femmes de 67,3 ans.

Trente-six patients avaient de 60 à 69 ans inclus, soit 66,7 % de la population étudiée.

On comptait 18 personnes de 70 ans et plus, dont 5 patients de 80 ans et plus.

La personne la plus jeune avait 60 ans, la plus âgée, 93 ans.

Répartition selon les nationalités

La population étudiée comptait 10 personnes de nationalité française (18,5 %). Les 44 personnes étrangères étaient très largement majoritaires (81,5 %). À noter que la population étudiée ne comprenait pas de Français d'origine étrangère naturalisé.

La grande diversité des pays d'origine de ces patients m'a amené à les regrouper en 5 catégories:

- Afrique subsaharienne : 14 personnes (25,9 %) dont 5 Ivoiriens, 2 Centrafricains, 2 Camerounais, 1 Djiboutien, 1 Guinéen, 1 Burkinabé, 1 Nigérien, 1 Malien.

- Roumanie : 13 personnes (24,1 %)

Tous ces patients étaient des Roms.

- Maghreb : 11 personnes (20,4 %)

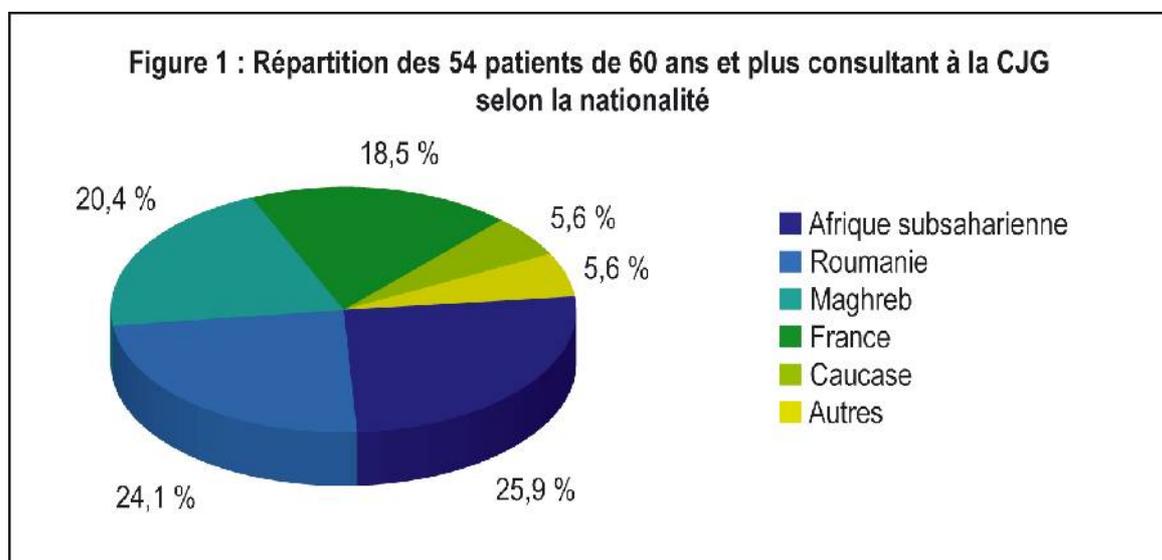
Tous étaient des Algériens, sauf un patient venu du Maroc ;

- Caucase : 3 personnes (5,6 %)

dont 1 Azeri, 1 Tchétchène, 1 Daghestanais.

- Autres : 3 personnes (5,6 %)

dont 2 Irakiens et 1 Belge.



Primoconsultants

Les patients consultant pour la première fois à la CJG (primoconsultants) représentaient 70,4 % des consultants.

Délai entre l'arrivée en France et la première consultation

Pour les patients étrangers, la répartition selon le délai d'arrivée en France et la première consultation à la CJG était la suivante :

- Moins d'un mois : 23,8 %
- D'un mois à un an : 47,6 %
- Plus d'un an : 28,6 %

Déclaration de médecin traitant

On trouvait 13,5 % des patients qui avaient un médecin traitant déclaré en dehors de la CJG.

Ce pourcentage était significativement plus élevé chez les Français que chez les patients étrangers (44 % versus 7 %, $p=0,013$).

II.3.B DONNÉES SOCIALES

Conditions de logement

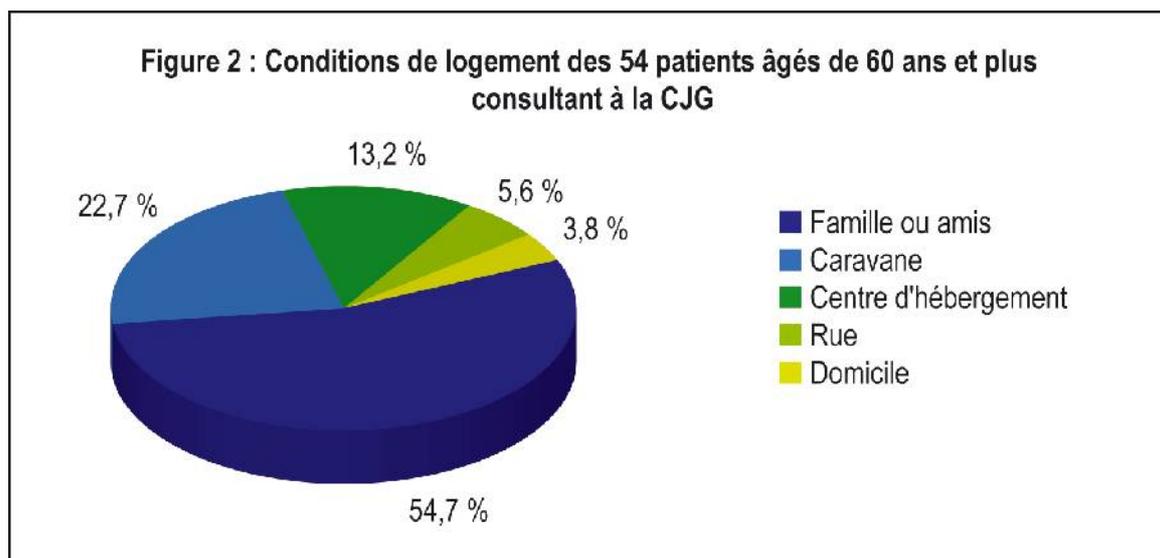
Une majorité des patients (54,7 %) était logée par la famille ou des amis.

Venaient ensuite, par ordre décroissant :

- les personnes vivant en caravane (22,7 %),
- les personnes vivant en centre d'hébergement (13,2 %),
- les patients vivant à la rue ou en squat (5,6 %),
- les personnes qui étaient propriétaires ou

locataires de leur domicile (3,8 %).

Aucune personne ne vivait à l'hôtel.



Ces chiffres regroupaient des réalités contrastées selon l'origine des patients.

Parmi les Français,

- 30 % vivaient à la rue,
- 30 % en centre d'hébergement,
- 20 % chez leur famille ou leurs amis,
- 20 % disposaient de leur propre domicile.

Parmi les étrangers,

- 62,8 % étaient hébergés par leur famille ou leurs amis,

- 27,9 % vivaient en caravane (des Roms, exclusivement),
- 9,3 % étaient en centre d'hébergement.

Ainsi le type de logement variait significativement selon l'origine géographique des patients : les Français vivaient plus souvent à la rue (30 % versus 0 %, $p=0,005$), mais ils étaient aussi plus nombreux à disposer d'un logement (20 % versus 0 %, $p=0,033$) ; les étrangers étaient plus souvent hébergés par des tiers (62,8 % versus 20 %, $p=0,031$).

Couverture sociale le jour de la consultation

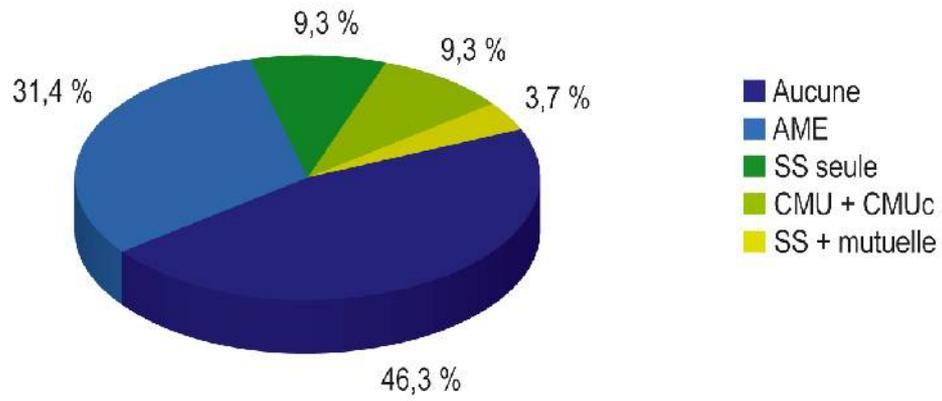
- 25 patients n'avaient aucune couverture sociale (46,3 %),
- 17 étaient bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) (31,4 %),
- 5 bénéficiaient de la Sécurité Sociale seule (9,3 %),
- 5 étaient bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de la CMU complémentaire (CMUc) (9,3 %),
- 2 bénéficiaient de la Sécurité Sociale et d'une mutuelle (3,7 %).
- Aucun n'était bénéficiaire de la CMU seule.

Le pourcentage de patients bénéficiaires de la Sécurité Sociale seule était significativement plus élevé chez les Français que chez les patients étrangers (40 % versus 2,3 %, $p=0,003$).

Aucun étranger ne bénéficiait de la Sécurité Sociale et d'une mutuelle, tandis que c'était le cas de 20 % des Français ($p=0,031$).

Les étrangers bénéficiaires de l'AME représentaient 38,6 % des étrangers, mais aucun Français n'était dans ce cas ($p=0,022$).

Figure 3 : Couverture sociale des 54 patients âgés de 60 ans et plus, consultant à la CJG



Présence d'un accompagnant

Les patients étaient accompagnés dans 73,5 % des cas. Parmi les étrangers, cette proportion était de 82,1 %, se distinguant des 40 % de Français accompagnés ($p=0,014$).

La différence entre hommes et femmes était également significative : on comptait 88,5 % de femmes accompagnées contre 56,5 % des hommes ($p=0,011$).

Compréhension lors de l'entretien

Les patients ne comprenant pas le français représentaient 43,4 % des patients, soit 53,5 % des étrangers.

Pour 5,6 % des patients, la compréhension était impossible, si l'on considère que les accompagnants représentaient une source de compréhension du français.

Demande d'asile et de carte de séjour pour raison de santé

- 25,6 % des étrangers avaient fait une demande d'asile,
- 11,9 % des étrangers avaient entamé des démarches de demande de carte de séjour pour des raisons de santé,
- 65 % des étrangers n'avaient fait aucune démarche

de ce type.

- Une demande de naturalisation était en cours (patient de nationalité marocaine).

II.3.c DONNÉES MÉDICALES

Motif de la première consultation

L'étude a permis de recenser 87 motifs de première consultation pour 54 personnes, soit 1,6 motif par patient, en moyenne.

Les signes fonctionnels ayant justifié un retour au système de soins étaient essentiellement à type de douleurs.

- 10 patients ont évoqué des douleurs abdominales : 7 douleurs abdominales épigastriques ou diffuses, et 3 hernies abdominales pariétales douloureuses,
- 8 patients se plaignaient de douleurs articulaires périphériques et lombaires de type arthrosiques,
- 3 patients de douleurs des membres inférieurs,
- 2 patients de douleurs thoraciques aiguës.

Quatre patients présentaient une toux chronique, constituant un des motifs de leur première consultation.

Quatre patients avaient justifié leur première consultation par des plaintes urologiques, dont 2 signes fonctionnels aigus (brûlures mictionnelles et polyurie) et 2 plaintes plus anciennes (troubles de

la miction dûs à une hypertrophie bénigne de la prostate, et incontinence urinaire).

Deux patients se plaignaient d'un prurit.

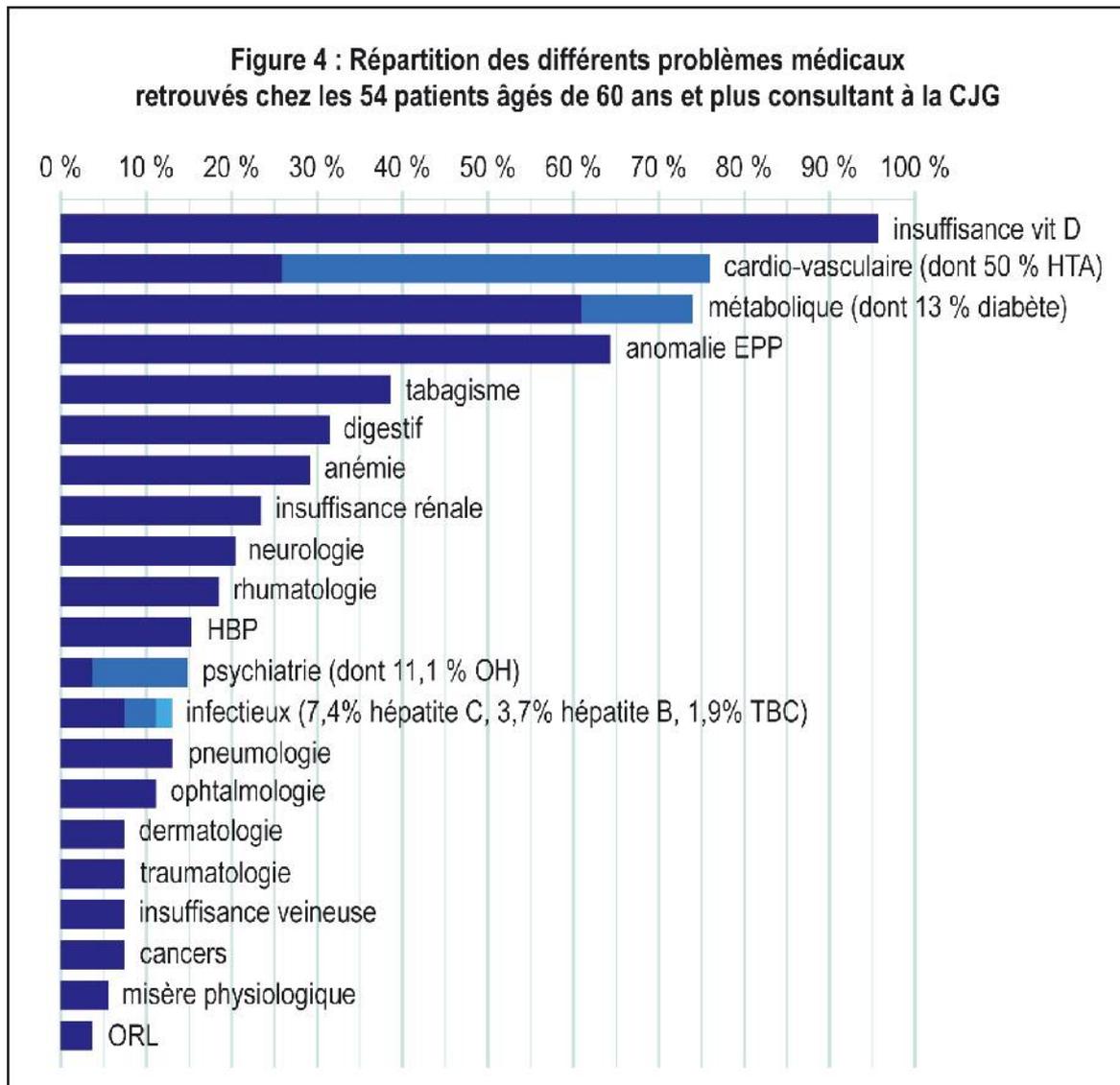
Par ailleurs, la poursuite de la prise en charge de pathologies chroniques connues antérieurement a été un motif de retour aux soins pour nombre de patients :

- 22 % des patients (12 personnes) avaient consulté, pour la première fois, pour un renouvellement d'ordonnance de traitement antihypertenseur,
- 9,3 % des patients (5 personnes) pour un renouvellement de traitement antidiabétique,
- 5 patients pour un renouvellement de traitement de cardiopathie ischémique,
- 3 patients pour des pathologies métaboliques : on comptait ainsi un renouvellement d'ordonnance de traitement d'insuffisance antéhypophysaire, un de traitement hypolipémiant, et un de traitement de maladie de Basedow.
- 2 patients pour un renouvellement de traitement à visée psychiatrique (antidépresseur et antipsychotique),
- 2 patients pour la poursuite de la prise en charge de cancers évolués,
- 1 patiente pour la poursuite de la prise en charge d'une hépatite C récemment diagnostiquée.

Trois patients s'étaient rendus à la CJG pour la première fois pour un bilan général.

Pathologies médicales présentes

Les diagnostics, pathologies et/ou problèmes médicaux rencontrés sont classés par ordre décroissant de fréquence.



Carence en vitamine D sérique

Parmi les 27 patients chez qui ce taux a été dosé, 25 présentaient une insuffisance en vitamine D (95,6 %). Dix personnes (37 %) présentaient une carence profonde, inférieure à 10 ng/ml.

Pathologies cardio-vasculaires

Les patients souffrant de pathologies cardio-vasculaires représentaient 75,9 % des patients, et ceux présentant une hypertension artérielle 50 %.

Hypertension artérielle

Parmi les cas d'hypertension artérielle, 37 % étaient connus avant la consultation et 13 % ont été découverts dans le cadre de la CJG, soit 26 % des hypertendus.

Aucune différence significative n'était observable selon les nationalités des patients.

Les hypertensions artérielles non compliquées représentaient 60 % des HTA.

- 20 % des HTA étaient compliquées d'insuffisance rénale chronique,
- 6,7 % des HTA étaient compliquées de cardiopathie,
- 6,7 % des HTA étaient compliquées d'accidents vasculaires cérébraux,
- 6,7 % étaient compliquées de rétinopathie.

Pathologies cardio-vasculaires distinctes de l'HTA

Dans la population étudiée, on a pu relever 25,9 % de patients présentant des pathologies cardio-vasculaires distinctes de l'HTA (16,9 % de pathologies préexistantes à la consultation, 9,3 % diagnostiquées à la CJG).

Parmi les pathologies cardio-vasculaires identifiées, on distinguait :

- 11 cas (54,3 %) de coronaropathie ou de douleur thoracique,
- 4 cas (19 %) d'insuffisance cardiaque,
- 2 cas (9,5 %) d'accidents vasculaires cérébraux (les AVC sont classés parmi les pathologies cardio-vasculaires et parmi les pathologies neurologiques)
- 2 cas (9,5 %) de pathologies rythmiques,
- 1 cas d'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI),
- 1 cas d'athérome carotidien à opérer.

Pathologies métaboliques

Les patients présentant une ou plusieurs pathologies métaboliques représentaient 73,9 % des patients (53,5 % de patients souffrant de dyslipidémie, 13 % de diabète et 7,4 % de pathologie endocrinienne).

Dyslipidémie

Vingt-trois patients, parmi les 43 chez qui ces valeurs ont été mesurées, présentaient une dyslipidémie, soit 53,5 % d'entre eux.

Parmi les 23 dyslipidémies présentes, 16 ont été diagnostiquées à la CJG (soit 69,6 % d'entre elles).

Chez un des patients traités avant leur admission à la CJG, le bilan n'a pas été réalisé. Il a été considéré comme dyslipidémique dans l'étude.

Une seule personne sous traitement présentait un bilan lipidique normal.

Seize personnes avaient un taux de triglycérides supérieur à 1,5 g/l, mais le taux de 4 g/l n'a été dépassé chez aucune.

La moyenne des taux anormaux de triglycérides était de 2,3 g/l, et le taux le plus élevé était de 3,9 g/l.

Trois personnes présentaient une hypertriglycémie avec un taux de LDL-cholestérol normal.

Cinq personnes présentaient un taux de HDL-cholestérol inférieur à 0,4 g/l (ce qui constitue un facteur de risque).

Deux personnes avaient un taux de HDL-cholestérol supérieur ou égal à 0,6 g/l (ce qui constitue un facteur protecteur).

Diabète

Les patients diabétiques représentaient 13 % des patients de l'étude.

Sur ces 7 cas de patients diabétiques, 6 étaient connus antérieurement à la CJG, et un a été découvert dans le cadre de la CJG.

Il s'agissait de 3 femmes et de 4 hommes, avec une moyenne d'âge de 67 ans.

Six patients étaient sous antidiabétiques oraux, et 5 sous insuline.

Deux étaient sous antidiabétiques oraux seuls, et 1 sous insuline seule.

Complications du diabète

On a pu relever parmi les patients diabétiques :

- 42 % d'artériopathie (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, artériopathie oblitérante des membres inférieurs, hypertension artérielle ou angor),
- 25 % de neuropathie,
- 25 % de néphropathie,
- 8,3 % de rétinopathie.

Aucun cas de diabète non compliqué n'a été recensé.

Un des patients présentait 4 motifs de complication du diabète, un autre en présentait 3.

Pathologies endocriniennes

Quatre cas de pathologies endocriniennes ont été

découverts parmi les 54 patients :

- 1 cas d'hyperparathyroïdie primaire,
- 1 cas d'insuffisance corticotrope consécutive à la prise de corticoïdes,
- 1 cas d'hypothyroïdie à la cordarone,
- 1 cas de maladie de Basedow.

Anomalie de l'électrophorèse des protéines plasmatiques (EPP)

L'EPP avait été réalisée chez 28 patients.

- 5 patients présentaient une hypoalbuminémie (2 avaient un syndrome inflammatoire et un patient un IMC < 18,5),

- 11 patients présentaient une hypergammaglobulinémie polyclonale,

- 2 patients présentaient un pic monoclonal (Ig M kappa et Ig G kappa). Il s'agissait de cas de gammopathie monoclonale de signification indéterminée.

Tabagisme

Dix-sept personnes sur les 44 chez qui la question était renseignée étaient considérées comme tabagiques, soit 38,6 % d'entre elles.

Une différence significative ($p=0,007$) se dessinait entre les Français (80 % de tabagiques) et les étrangers (26,5 %).

La différence entre les hommes et les femmes tabagiques était, elle aussi, significative ($p=0,008$), avec 60 % des hommes tabagiques et 20,8 % des femmes.

Pathologies digestives

Les patients souffrant de pathologies digestives représentaient 31,5 % des patients, soit :

- 8 troubles gastriques, dont 3 ulcères gastriques, et 5 gastrites ou oesophagites,

- 4 hernies pariétales abdominales,
- 1 problème de constipation, 1 cholecystite, 1 pathologie hémorroïdaire, 1 prolapsus rectal.

Il n'y avait pas de différence significative concernant ces pathologies, selon les sexes, l'origine géographique, la tranche d'âge de plus ou moins de 70 ans.

Anémie

Sur les 48 patients chez lesquels un hémogramme avait été réalisé, 14 présentaient une anémie, soit 29,2 %.

Il n'y avait pas de taux d'hémoglobine inférieur à 10 g/dl.

Insuffisance rénale

Sur les 47 patients chez qui la clearance de la créatinine a pu être estimée ou dont l'insuffisance rénale était connue, 11 patients présentaient une insuffisance rénale, soit 23,4 %.

Un seul patient présentait une clearance inférieure à 30 ml/min (patient âgé de 93 ans).

Pathologies neurologiques

Les patients présentant une ou plusieurs pathologies neurologiques représentaient 20,4 % des patients.

On retrouvait :

- 6 neuropathies périphériques (dont 3 d'origine diabétique, 2 d'origine alcoolique, une d'origine toxique sans précision),

- 2 AVC ischémiques,

- 1 épilepsie, 1 syndrome de Korsakoff, 1 zona, 1 paralysie de la sixième paire crânienne d'origine centrale, 1 syndrome de la queue de cheval post traumatique.

Un même patient était porteur du syndrome de Korsakoff, du zona et d'une neuropathie d'origine alcoolique.

Les deux neuropathies alcooliques ont été diagnostiquées chez deux hommes français.

Il y avait une différence significative entre les hommes et les femmes dans les pathologies neurologiques identifiées à la CJG ou à la suite des consultations à la CJG (23,1 % des hommes, contre 3,6 % des femmes ; $p=0,047$).

Pathologies rhumatologiques

Les patients souffrant de pathologies rhumatologiques représentaient 18,5 % des patients.

Cet ensemble comprenait :

- 6 cas d'arthrose (2 étaient d'indication chirurgicale, 1 devait bénéficier d'une viscosupplémentation),
- 2 cas de névralgie sciatique,
- 1 cas d'ostéoporose fracturaire traitée,
- 1 tendinopathie de l'épaule.

Hypertrophie bénigne de la prostate

Les hommes présentant une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) non compliquée représentaient 15,3 % des hommes de l'étude.

Deux hommes étaient venus pour leur renouvellement de traitement, deux n'étaient pas traités.

Pathologies psychiatriques

Les patients souffrant de pathologies psychiatriques représentaient 14,8 % des patients : 11,1 % des patients de l'étude souffraient d'alcoolisme ; 3,7 % de pathologies psychiatriques autres.

Alcoolisme

Ainsi, 75 % des pathologies psychiatriques relevaient ainsi de l'alcoolisme.

On observait une différence significative, concernant l'alcoolisme, entre les patients français et étrangers (40 % des Français étaient alcooliques, versus 4,5 % des étrangers, $p=0,008$). Les deux étrangers concernés étaient des Roms. Sur les 6 personnes alcooliques, il y avait une femme et cinq hommes.

Parmi tous les patients souffrant d'alcoolisme chronique, on retrouvait :

- 2 cas d'alcoolisme non compliqué,
- 2 cas de neuropathie alcoolique,
- 2 cas de complication ORL (dysphonie/dysphagie),
- 2 cas de complication biologique (thrombopénie),
- 1 syndrome de Korsakoff.

Autres pathologies psychiatriques

Les autres pathologies psychiatriques concernaient deux patients qui étaient venus pour le

renouvellement de leur traitement. L'un était sous neuroleptique et anxiolytique, l'autre sous antidépresseur et anxiolytique. Il s'agissait de deux Français.

Les pathologies psychiatriques autres étaient ainsi plus souvent retrouvées chez les patients français que chez les étrangers (20 % versus 0 %, $p=0,031$).

Maladies infectieuses

Les patients présentant une maladie infectieuse représentaient 13 % des patients, dont :

- 7,4 % (4 personnes) d'hépatite C,
- 3,7 % (2 personnes) d'hépatite B chronique,
- 1 cas de primo-infection tuberculeuse.

Parmi les 4 cas d'hépatite C, une personne était venue consulter alors qu'elle connaissait sa pathologie, les trois autres cas ont été découverts à la CJG. Trois patients présentaient une hépatite C cytolytique et répliquative, un a été perdu de vue.

Les deux cas d'hépatite B ont été découverts à la CJG. Les patients étaient porteurs d'hépatite B chronique non compliquée.

La personne qui souffrait d'une primo-infection tuberculeuse latente a vu son diagnostic porté à la suite de la consultation à la CJG.

Pathologies pneumologiques

Les patients souffrants de pathologies pneumologiques représentaient 13 % des patients :

- 2 cas de syndrome d'apnée du sommeil (SAS), (les

deux personnes étant aussi tabagiques, diabétiques, avec un IMC compris entre 30 et 40),

- Un cas de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO),
- Un cas d'asthme,
- Une masse pulmonaire vue à la radiographie pulmonaire, qui a nécessité par la suite une exploration par scanner, ne révélant pas d'origine tumorale,
- Une pathologie respiratoire d'exposition professionnelle, non étiquetée.

Pathologies ophtalmologiques

Les patients présentant une ou plusieurs pathologies ophtalmologiques représentaient 11,1 % des patients, soit :

- 2 cas de rétinopathie (1 cas d'origine hypertensive, 1 cas d'origine hypertensive et diabétique),
- Un cas de cataracte,
- Un cas de glaucome (patient qui avait aussi une rétinopathie),
- Un cas de carcinome basocellulaire de la paupière avec atteinte de l'orbite (qui sera aussi classé dans les pathologies cancéreuses),
- Une baisse de la vision non étiquetée,
- Un décollement de la rétine.

Pathologies dermatologiques

Les patients souffrant de pathologies dermatologiques

représentaient 7,4 % des patients :

- Un cas de psoriasis,
- Un cas d'ulcère veineux,
- Un cas de pityriasis versicolor,
- Un cas de zona,
- Un cas de mycose.

Avec 15,4 % d'hommes souffrant de pathologies dermatologiques versus 0 % de femmes, la différence était significative ($p=0,047$).

Avec 30 % de Français versus 2,3 % d'étrangers, la différence était également significative ($p=0,017$).

Pathologie traumatologique

Les pathologies traumatologiques concernaient 7,4 % des patients :

- 2 cas d'agression (ayant entraîné des lombalgies, dans un cas, et un syndrome de la queue de cheval, dans l'autre),
- Un accident de la voie publique ayant pour conséquence des lombalgies,
- Une chute provoquant une fracture du col du fémur de type Garden IV.

Insuffisance veineuse

Les patients souffrant d'insuffisance veineuse représentaient 7,4 % des patients, dont un ulcère veineux du membre inférieur.

Pathologies cancéreuses

Les patients souffrant de pathologies cancéreuses

représentaient 7,4 % des patients :

- 2 cas de cancer de la prostate,
- 1 cas de carcinome basocellulaire de la paupière, avec atteinte de l'orbite, opéré,
- 1 cas de cancer du col de l'utérus découvert au stade palliatif.

Cancer de la prostate

Deux cas de cancers de la prostate ont été recensés :

- un cancer de la prostate opéré, avec réalisation d'une stomie, chez un patient sous traitement antiandrogène (cancer découvert avant sa première consultation à la CJG).
- un cas de cancer découvert à la CJG au stade métastatique.

La question du dépistage a été renseignée chez 61,5 % des hommes de la population étudiée.

Huit des 16 hommes pour lesquels la réponse était connue avaient réalisé le dépistage, soit 50 % des hommes.

Sur les 8 hommes qui n'avaient pas réalisé le dépistage, un seul avait plus de 75 ans.

Sur les 7 autres, 4 ont vu leur taux de PSA dosé après le passage à la CJG ; chez 3 d'entre eux, le taux était normal, le quatrième a conduit à la découverte d'un cancer prostatique.

Cancer du sein

Aucune patiente dans la population étudiée n'a présenté, dans ses antécédents, ou à la suite de la consultation à la CJG, de cancer du sein.

Dix-sept dossiers étaient renseignés pour la question du dépistage. Parmi ces derniers, il y avait 6 patientes (soit 35,3 %) qui avaient effectué le dépistage du cancer du sein.

Dans la population féminine étudiée, 24 personnes (dont 2 Françaises) auraient dû rentrer dans le programme de dépistage, à savoir les femmes de moins de 75 ans strictement.

Sur les 2 Françaises, l'une avait effectué le dépistage, l'autre non.

Sur les 6 personnes qui avaient effectué le dépistage, l'une était donc française, et toutes les autres étaient des Africaines, dont 2 avaient effectué le dépistage en France.

Sur les 11 patientes qui n'avaient pas effectué de dépistage, 4 avaient 75 ans ou plus.

Cancer du côlon

Aucun cas de cancer du côlon n'a été répertorié dans les antécédents, ou à la suite de la consultation à la CJG.

Aucun antécédent familial de cancer colique n'a été recensé, parmi les 29 personnes pour qui la question

a été renseignée (taux de réponse de 53,7 %).

Quant à la question du dépistage, elle a reçu une réponse dans 30 cas (55,6 % de réponses). Une seule personne avait réalisé ce dépistage (soit 3,3 %).

Cette personne avait moins de 75 ans.

Parmi celles qui ne l'avaient pas effectué, 5 avaient 75 ans et plus.

À noter qu'un patient, venu pour un bilan de santé, avait réalisé le dépistage par test Hémocult® après la consultation à la CJG. Ce dépistage s'était révélé négatif.

Misère physiologique

Les patients présentant un état de misère physiologique représentaient 5,6 % des patients (hygiène déplorable aux conséquences sur la santé à type de plaies, poux de corps, prurit, mycoses...) :

Les trois cas ont été recensés chez des Français (différence significative avec les étrangers, $p=0,005$).

Tous trois souffraient d'alcoolisme chronique compliqué.

Pathologies ORL

Les patients souffrant de pathologies ORL représentaient 3,7 % des patients :

- Un cas de vertiges,
- Un cas d'aggravation récente de dysphonie et dysphagie.

Facteurs de risque autres que le diabète, l'hypertension artérielle et la dyslipidémie

Antécédent personnel de maladie cardio-vasculaire

Il a été retrouvé une notion d'antécédent personnel de maladie cardio-vasculaire chez 9 patients, soit 16,7 % des personnes étudiées.

Antécédent familial de maladie cardio-vasculaire

Les antécédents familiaux se retrouvaient chez 28,1 % des personnes chez qui les renseignements ont été rassemblés (32 patients en tout, soit 59,3 % de la population étudiée totale).

Indice de masse corporelle (IMC)

Sur les 51 personnes chez qui l'IMC a pu être calculé,

- 2 personnes avaient un IMC < 18,5 (l'un souffrant d'une pathologie cancéreuse, l'autre de tuberculose),
- 19 personnes avaient un IMC normal,
- 19 personnes (37,3 %) avaient un surpoids,
- 11 personnes (21,6 %) étaient obèses.

Parmi les personnes obèses, 7 personnes avaient une obésité de classe I, 2 de classe II, et 2 de classe III.

Il existait une différence significative entre les hommes (23,4 de moyenne), et les femmes (29,2 de moyenne) concernant l'IMC ($p=0$).

Un seul homme était obèse.

Performance status (PS)

Le PS a été évalué chez 41 personnes sur les 54.

La moyenne générale du PS de ces patients était de 1,1.

La moyenne parmi les hommes était de 1 et parmi les femmes 1,1.

Parmi les Français, le PS moyen était de 0,6 et parmi les étrangers, il était de 1,2.

La moyenne du PS parmi les moins de 70 ans était de 0,8, et parmi les 70 ans et plus, elle était de 1,4,

ce qui représente une différence significative ($p=0,016$).

État vaccinal

Vaccination antigrippale

La vaccination était à jour pour 2 des 38 patients chez qui la question a été renseignée (soit 5,6 %).

La différence de couverture vaccinale antigrippale était significative entre Français (25 %) et étrangers (0 %) avec $p=0,04$.

Vaccination antitétanique (VAT)

Le vaccin était à jour chez 25 % des patients chez qui la question a été renseignée (74,1 % des patients, soit 40 patients).

Échelle visuelle analogique (EVA)

La moyenne retrouvée était de 5,9, avec des extrêmes allant de 0 à 10.

On ne constatait pas de différence significative selon les catégories comparées.

Orientation

L'étude de l'orientation des 54 patients à l'issue de la consultation à la CJG a donné les résultats suivants :

- 81,5 % de suivis à la PASS,
 - 35,2 % d'orientations vers une consultation spécialisée,
 - 7,4 % d'hospitalisations,
 - 3,7 % de réorientations auprès d'un médecin traitant en cabinet de ville,
- Aucun patient n'a été orienté vers le service des urgences.

III

Analyse & discussion

L'objectif principal de ce travail étant la description et l'analyse des caractéristiques médico-sociales de la population étudiée, j'analyserai dans un premier temps les données démographiques, sociales et médicales. Je traiterai dans un second temps les données médicales se rapportant aux facteurs de risque cardio-vasculaire et aux cancers du sein, de la prostate et du côlon.

III.1 Analyse & discussion des caractéristiques médico-sociales

III.1.A ANALYSE DES DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES

Sexe

Parmi les 54 patients de cette étude, on observe un équilibre entre les patients de sexe féminin (51,9 %) et masculin (48,1 %), à l'inverse de l'ensemble de la population consultant dans les PASS, toutes tranches d'âge confondues (étude de 4716 patients dans 21 PASS en 2003) [10], où la part des hommes domine (59 % d'hommes pour 41 % de femmes).

Parmi les personnes de plus de 60 ans consultant auprès de Médecins du Monde, dans sa Mission France en 2007 [³⁰], on observe ce même équilibre que dans mon étude (52 % d'hommes et 48 % de femmes).

Les dispositifs de consultation comme ceux des PASS

ou de Médecins du Monde prennent essentiellement en charge, tous âges confondus, des hommes, migrants, jeunes [10]’ [30].

L’espérance de vie est plus importante chez les femmes que chez les hommes : selon l’Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), l’espérance de vie à la naissance dans la population générale était, au 1^{er} Janvier 2008, de 77,5 ans pour les hommes, et de 84,3 ans pour les femmes [13]. Ces données pourraient expliquer cette inversion de proportion des parts masculine et féminine entre mon étude et au sein des PASS en général.

La différence significative entre Français et étrangers en ce qui concerne le sexe mérite elle aussi qu’on s’y intéresse. En effet, chez les 10 Français étudiés, on comptait 2 femmes pour 8 hommes. Pourquoi si peu de femmes âgées françaises consultaient-elles à la CJG ? Sans opérer d’amalgame entre les Français en situation précaire consultant à la CJG et les sans domiciles fixes (SDF), il m’a semblé trouver des raisons à cet état de fait dans les explications évoquées par L. Belin dans sa thèse à propos des patients désocialisés sans domicile à Nantes [31], aussi bien en termes de logement que de ressources financières. En particulier, la priorité accordée aux femmes seules et vieillissantes dans la proposition de solutions d’hébergement et leur

relogement en foyers ou en maisons de retraite constitue un moyen essentiel de lutte contre leur précarité.

Une des deux femmes françaises de la population étudiée a ainsi été reçue, au cours de son suivi à la CJG, en maison de retraite.

Âge

La proportion des 60 ans et plus consultant à la CJG (environ 4 %) est nettement moins importante que la proportion des personnes âgées dans la population générale. Selon l'INSEE, la proportion des plus de 65 ans représentait 16,5% de la population en 2008 [13]. Par ailleurs, une large majorité (plus des deux tiers) de la population de mon étude a un âge qui se situe dans la tranche d'âge « la plus jeune », c'est-à-dire de 60 à 69 ans. Seules 5 personnes (moins de 10 %) ont plus de 80 ans.

À noter que le doyen de la population étudiée, âgé de 93 ans, vivait dans la rue, ce qui semblait constituer, selon les acteurs sociaux, une exception dans la démographie des SDF nantais.

Les populations précaires font face à un véritable vieillissement prématuré, et à une diminution de l'espérance de vie. Celle-ci serait estimée à 45 ans chez les SDF, selon une étude publiée dans le *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* en 2007 [32] et, selon le rapport de la Commission Européenne, elle serait « plus courte chez les Roms » [33].

Nationalité

L'analyse des origines géographiques des patients âgés de 60 ans et plus de la CJG fait ressortir une forte majorité d'étrangers (81,5 %).

Cette proportion de patients étrangers est à peu près la même que chez les plus de 60 ans consultant auprès de Médecins du Monde, selon le Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde [30] (environ 89 %). En revanche, chez Médecins du Monde, les personnes de plus de 60 ans originaires du Maghreb (47,1 %) sont plus largement représentées (20,4 % dans mon étude), tandis que les ressortissants roumains ne représentent que 5,6 % des patients (versus 24,1 % dans mon étude). Deux observations peuvent venir expliquer cette différence :

- À Nantes, le dispositif PASS et Médecins du Monde travaillent en concertation, et tous les Roms de Roumanie venant consulter auprès de Médecins du Monde sont adressés à la CJG. Ainsi, on note une forte proportion de Roumains, toutes tranches d'âges confondues, consultant à la PASS de Nantes : 24 % des consultants selon le rapport d'activité de la PASS de Nantes de 2007 [11].

- Le rapport de référence de Médecins du Monde est national, et ne reflète pas la grande disparité des situations dans les différents Centres d'Accueil, de

Soins, et d'Orientation (Caso) de Médecins du Monde. Dans cet ensemble, le Caso nantais, qui offre peu de consultations, est peu représentatif. Le Caso de Marseille, le plus important en France après celui de Paris, qui décompte dix fois plus de consultations que celui de Nantes, compte, en pourcentage, deux fois plus de patients maghrébins que les autres, et un tiers de patients roumains en moins [30].

À la PASS de Nantes, comme dans l'ensemble des PASS, on retrouve de même une majorité de consultants étrangers : 74,5 % selon le rapport d'activité 2007 de la PASS de Nantes [11] et 76,7 % selon l'étude des caractéristiques médico-sociales des patients consultant dans 21 PASS en 2003 [10].

Délai entre l'arrivée en France et la première consultation

Chez les 44 personnes étrangères âgées de 60 ans et plus, on constate un délai relativement long entre l'arrivée en France et la première consultation à la CJG : presque la moitié (47,6 %) a consulté entre un mois et un an après leur entrée sur le territoire français, et 28,6 % après un an.

Chez les étrangers plus jeunes consultant à la CJG, ce délai est moins long, ce qui pourrait faire penser à un moins bon repérage et une moins bonne

prise en charge des patients âgés en situation précaire. En effet, selon S. Fillaudeau, dans sa thèse portant sur l'étude des populations immigrées à la CJG (2002) [³⁴] (observant une moyenne d'âge de 28,2 ans), 60,3 % de ces patients ont consulté au cours des trois premiers mois suivant leur arrivée en France. De même, selon A. Merer-Scanvion, dans sa thèse portant sur l'étude des enfants consultant à la CJG (2006) [³⁵], 91 % des patients ont consulté au cours de la première année et 9 % seulement plus d'un an après.

Ces constatations et l'expérience vécue auprès des patients de la CJG pourraient aussi contribuer à dessiner un « profil » des étrangers de 60 ans et plus consultant à la CJG, celui de personnes qui ne travailleraient plus, qui viendraient rejoindre leur famille lorsque celle-ci (d'abord le fils, puis sa femme et leurs enfants) se trouverait dans une situation stabilisée, après un parcours précarisé (situation irrégulière, absence de couverture maladie, de logement...). Leurs attaches familiales « au pays » seraient alors pour la plupart ténues, et leur projet d'installation en France s'inscrirait dans la durée. Le rapport 2007 de Médecins du Monde vient ainsi étayer nos observations : il fait apparaître que la durée de résidence en France des patients étrangers de 60 ans et plus est plus élevée que celle des patients plus jeunes (5 ans en moyenne versus 2,3 ans), tout particulièrement pour les

ressortissants des pays du Maghreb [30].

Certains patients viennent consulter dans l'urgence, mais la plupart ne semblent se préoccuper de leur santé qu'une fois leur situation matérielle, administrative et sociale assurée.

Cette analyse ne doit évidemment pas être réduite à ce schéma ; ainsi, les Roms cadrent-ils souvent mal avec ce profil. Ces derniers sont rassemblés autour d'une idée forte de la famille, et c'est la cellule familiale au complet qui se déplace. Par ailleurs, ils sont souvent très mal acceptés dans les pays qu'ils traversent, et le projet de s'installer durablement leur est difficile.

III.1.B ANALYSE DES DONNÉES SOCIALES

Logement

Une majorité des patients étudiés (54,7 %) est hébergée par de la famille ou par des amis. Les hébergements par un tiers ou dans un foyer sont le lot de 67,9 % de la population étudiée. Cette proportion est beaucoup plus importante que dans la population globale consultant dans le cadre de la PASS de Nantes en 2007 (42 % des 662 patients consultant pour la première fois) [11].

Par ailleurs, dans mon étude, les personnes hébergées par des tiers sont plus nombreuses, en proportion,

parmi les étrangers (62,8 %) que parmi les Français (30 %).

Parmi les étrangers, aucun ne vit à la rue ni à l'hôtel, ce qui semble confirmer qu'ils arrivent le plus souvent au sein de leur famille déjà installée, qui leur propose de venir les rejoindre.

Tous les Roms de la population étudiée, et seuls ceux-ci, vivent en caravane, ce qui correspond à un mode de vie et à un type de logement de cette population, à tous les âges. Une seule Rom, gravement malade, a annoncé au cours de l'enquête qu'elle devait rentrer en Roumanie où elle aurait une maison où finir ses jours tranquillement ; toutefois, six mois plus tard, elle vivait toujours à Nantes, en famille, et en caravane.

Dans le recueil et l'évaluation de l'activité médico-sociale des PASS au niveau national paru en 2005, qui regroupe 21 centres hospitaliers publics et 4716 patients observés sur une durée de six mois en 2003 [10], le type de logement varie significativement selon l'origine géographique : les Français de tous âges sont plus souvent sans domicile fixe (25,1 %), que les étrangers (10,4 %). On observe cette même différence significative dans mon étude : il y avait 30 % de Français de 60 ans et plus vivant à la rue, et aucun étranger. En effet, les Français sont le plus souvent isolés, et bénéficient moins du réseau de solidarité familiale et communautaire que les étrangers.

Tous les SDF de mon étude étaient français. Tous les Français n'étaient toutefois pas sans domicile fixe ; cette situation ne concernait ainsi « que » 30 % d'entre eux. Les Français, qu'ils soient plus jeunes (on observe une moyenne d'âge de 36,7 ans parmi les Français consultant dans les PASS au niveau national [10]), ou plus vieux (selon mon étude), sont donc exposés à être sans domicile fixe dans les mêmes proportions. Par ailleurs, sans être nécessairement SDF, presque tous les Français de mon étude présentaient une difficulté de logement : en effet, seuls 2 d'entre eux possédaient ou louaient leur propre domicile.

Deux des trois SDF de mon étude auraient refusé une place en institution. Comme souligné dans la thèse de L. Belin à propos des consultants désocialisés sans domicile à Nantes (2008) [31], il faut rester prudents vis-à-vis du discours parfois ambigu que peuvent avoir les SDF. Les revendications changeantes, qui ponctuent leur discours peuvent être l'expression de réticences à demander de l'aide. On peut aussi penser qu'ils préfèrent l'idée de choix à celle d'un phénomène qu'ils n'ont pu éviter (être à la rue).

Les trois personnes qui vivaient à la rue (dont une de 93 ans) représentaient 5,6 % des personnes de plus de 60 ans étudiées. Ce chiffre est trois fois moindre que celui retrouvé chez les consultants des PASS,

tous âges confondus, au niveau national (14 %) [10]. L'espérance de vie réduite (45 ans parmi les SDF [32]), explique en partie leur faible nombre après 60 ans, mais aussi l'existence de structures d'hébergements adaptées à cette classe d'âge (hébergements possibles en maisons de retraite, en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou EHPAD, adaptation des Maisons Relais).

Couverture sociale

L'analyse de la couverture sociale au jour de la consultation reste difficilement comparable aux données générales livrées par le rapport d'activité de la PASS de Nantes [11] et par l'étude multicentrique des consultants de 21 PASS parue en 2005 [10], qui renseignent sur la couverture sociale des primoconsultants. Le taux de bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) recensés dans ces dernières y apparaît largement diminué au profit de celui des patients ne bénéficiant d'aucune couverture sociale, l'un des rôles des PASS étant précisément de faciliter l'accès à l'AME aux personnes qui pourraient en bénéficier au terme de leur première consultation.

Les patients de mon étude sont majoritairement des étrangers consultant tardivement. Après trois mois de résidence en France, ils peuvent bénéficier de l'AME. Une partie non négligeable de ces patients acquerra

une protection sociale effective au cours de son suivi à la CJG.

Il reste que parmi tous ceux qui pouvaient finalement avoir accès à une couverture maladie, beaucoup ne connaissaient pas leurs droits avant la consultation médico-sociale. Ils ont donc ainsi renoncé à se faire soigner ou retardé les soins pour des raisons financières. C'est là une manifestation de l'inégalité d'accès aux soins de cette population, cause possible d'un vieillissement prématuré de ces patients et de pathologies plus graves.

Présence d'un accompagnant

Même si les Français viennent moins souvent accompagnés d'une tierce personne le jour de leur consultation que les étrangers (82,1 %), ce taux n'est pas négligeable (40 %).

Cependant, le rôle de l'accompagnant, dans leur cas, est différent de celui observé chez les patients étrangers. En effet, la tierce personne est le plus souvent un travailleur social qui accompagne le patient dans le but de le motiver à consulter, ou pour l'aider à se repérer dans les locaux. Les Français consultant à la CJG (et essentiellement les SDF) présentent la particularité d'un suivi médical difficile. Ces personnes sans domicile, fréquemment exposées à une intoxication alcoolique chronique et à

une forte désocialisation ont souvent des difficultés à respecter les heures de rendez-vous, surtout s'ils sont fixés à l'avance.

Pour cela, la CJG leur a « réservé » un créneau horaire, tous les matins de 11h30 à 12h00, laissé disponible. Ainsi les équipes de la Veille Sociale 44, qui travaillent auprès des personnes de la rue, savent qu'elles peuvent les accompagner sur ce créneau, sans attente. La « Veille Sociale 44 » est une association qui a pour but le travail de réinsertion sociale des personnes désinsérées, elle assure les réponses au « 115 », numéro de téléphone d'urgence pour les sans-abri, et dispose d'une équipe mobile sociale (le Samu Social) qui va à la rencontre de ceux qui ne sont pas en mesure d'aller eux-mêmes vers les dispositifs institutionnels, pour leur proposer de l'aide.

Les personnes accompagnant les étrangers sont plus souvent des membres de leur famille ou des amis de la famille qui connaissent le dispositif PASS et les locaux de la CJG (souvent pour y avoir eu recours eux-mêmes), et/ou qui peuvent permettre une meilleure compréhension lors de l'entretien.

Sur les 26 femmes étrangères, 25 sont venues consulter accompagnées. On peut citer différentes raisons :

- Les Roms consultent « en famille » : souvent, toute la famille vient consulter le même jour, voire en même temps,
- Les Maghrébines, musulmanes, sont souvent accompagnées de leur mari ou de leur fille, pour des raisons culturelles ou religieuses,
- Les femmes africaines consultent souvent avec une personne de leur famille ou la personne qui les héberge (souvent un compatriote venu du même village), pour les orienter ou pour traduire la conversation.

Tous les patients étrangers rencontrent des problèmes de compréhension lors de la consultation. Sans que ces difficultés soient complètement résolues par la présence d'un accompagnant, celle-ci n'en est pas moins indispensable...

Ainsi, il reste tout de même 5,6 % des consultations où aucune communication n'a pu être établie..

Le Comité Médical des Exilés (COMEDE) [36] a montré l'importance pour la prise en charge des migrants de l'intervention d'un interprète professionnel plutôt que d'un accompagnant familial ou relationnel. En effet, celui-ci possède souvent une moins bonne maîtrise de la langue, n'est pas formé pour interpréter les différences culturelles et il est toujours difficile pour le soignant d'évaluer les

intentions réelles de l'accompagnant vis-à-vis du patient.

On peut voir ici le rôle fondamental de l'Association Santé Migrants Loire-Atlantique (ASAMLA) dont la première préoccupation est de proposer aux patients et aux soignants du CHU de Nantes des interprètes médiateurs, en cas de difficulté de compréhension [37]. Leur rôle dépasse en effet celui du simple interprète : ils permettent non seulement de faciliter la communication, mais aussi la compréhension entre deux personnes de cultures différentes. Ils peuvent ainsi replacer les plaintes et les symptômes dans le contexte culturel et, à l'inverse, expliquer les diagnostics et les prises en charge médicales...

Demandes de titres de séjour

La proportion de patients ayant formulé une demande d'asile parmi les étrangers de plus de 60 ans consultant à la CJG (25,6 %) reste à peu près équivalente aux chiffres énoncés dans le rapport d'activité de la PASS de Nantes en 2007 (27,2 %) [11].

Presque 12 % des étrangers de mon étude avaient entamé des démarches de demande de carte de séjour pour raison de santé, alors que 7,7 % étaient titulaires de celle-ci, dans le rapport d'activité de la PASS de Nantes de 2007.

Ces données n'ont pas été exploitées dans les autres PASS (Étude médico-sociale de 350 patients ayant consulté à la PASS d'Avignon, en 2002 [9] ; et recueil de l'activité médico-sociale de 21 PASS, en 2003 [10]).

On trouve ainsi la même proportion de demandeurs d'asile parmi les personnes de 60 ans et plus consultant à la CJG en 2008 que dans l'ensemble des patients de la CJG. Ces demandes étaient motivées par des persécutions vécues dans leur pays d'origine.

Le recul était insuffisant pour savoir combien de ceux qui avaient fait une demande de carte de séjour pour raison de santé l'ont réellement obtenue, mais on peut constater une grande fréquence de demandes, consécutives à des problèmes de santé réels et graves

(suspicion de phéochromocytome compliqué, maladie de Basedow, trouble des fonctions supérieures, hépatite C).

III.1.C ANALYSE DES DONNÉES MÉDICALES

Motif de la première consultation

Tous les patients de mon étude avaient déjà eu un suivi médical avant le suivi à la CJG. La première consultation à la CJG correspond à un retour au système de soins, dans la mesure où ce suivi avait été interrompu, pour une durée plus ou moins longue selon les patients.

Dans mon étude, le retour au système de soins des personnes âgées de 60 et plus en situation précaire est le plus souvent motivé par une symptomatologie douloureuse ou invalidante, des pathologies avancées, des pathologies (comme le diabète) dont l'arrêt du traitement peut induire une rapide complication clinique, rare mais grave et par l'HTA.

Le ou les motifs de première consultation retrouvés dans mon étude étaient ceux notés par le médecin examinateur. Ils regroupaient ainsi les signes fonctionnels d'une plainte, qu'il s'agisse d'un phénomène aigu ou plus ancien, et le suivi de prise en charge d'une pathologie connue.

Selon une étude du Centre de Recherche, d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES) sur les

motifs de recours en médecine libérale, le nombre de motifs de consultation énoncés parmi l'ensemble des médecins libéraux en France est de 1,6 par personne, avec un maximum de 2,2 pour les plus de 80 ans [³⁸] ; ce qui est équivalent à celui observé dans mon étude (1,6).

En médecine libérale comme à la CJG, si les personnes vieillissantes énoncent plusieurs motifs lors d'une même consultation, cela regroupe soit plusieurs pathologies chroniques (phénomène de « polypathologie »), soit une pathologie chronique associée à une pathologie aiguë.

Dans mon expérience toutefois, à l'inverse des consultations en cabinet, le motif de consultation à la CJG ne semble pas être, le plus souvent, la maladie chronique, mais le symptôme aigu. C'est lui qui pousse le patient à consulter, lui fournissant l'occasion de refaire le point sur sa pathologie chronique.

Symptômes

Ainsi, dans les symptômes qui font renouer les personnes en situation précaire avec le système de santé, ce sont en particulier la douleur et les symptômes invalidants que l'on peut noter, pour des pathologies plus avancées.

En effet, les pathologies à point d'appel douloureux, en particulier les douleurs abdominales et les pathologies rhumatismales, représentent dans les mêmes proportions les premiers motifs de consultation

à la CJG et les motifs en médecine libérale. Selon la même étude du CREDES [38], 14,3 % des consultations concernent des problèmes digestifs, dans la tranche d'âge de 65 à 79 ans, versus 17,2 % dans mon étude, pour la même tranche d'âge. Pour les pathologies rhumatismales, cela représente 17,5 % des 65-79 ans dans la population générale, selon le CREDES, contre 14 % à la CJG.

On a noté une différence dans le délai de consultation après le début des symptômes (première consultation à la CJG retardée de plusieurs mois pour la majeure partie des étrangers), et on peut souligner la gravité des pathologies sous-jacentes.

Pour une même proportion de consultations amenées grâce au symptôme subjectif qu'est la douleur, on a des pathologies beaucoup plus évoluées. Ainsi, à la CJG, les 36,3 % d'épigastalgies ont pratiquement toutes révélé un ulcère gastrique ou une œsophagite évoluée, alors que les troubles divers de l'estomac ont motivé 28 % des consultations en médecine libérale, selon le CREDES [38]. Il en va de même pour les pathologies rhumatologiques : près de 40 % de celles de la CJG auraient dû faire l'objet d'une intervention chirurgicale.

Les quatre patients ayant consulté pour une toux chronique ou les deux pour un prurit généralisé, avaient considéré ces symptômes comme suffisamment invalidants pour qu'ils justifient d'une

consultation. Deux cas de tuberculose, et un cas de pityriasis versicolor diffus ont été diagnostiqués, ce qui représente, pour les mêmes symptômes, un échantillon de pathologies assez inhabituel en médecine libérale...

Les deux patients qui sont venus à la CJG pour la première fois pour prise en charge de leur cancer sont tous les deux arrivés avec un cancer de stade très évolué. L'une présentait un cancer du col de l'utérus au stade palliatif, avec atteinte de l'état général ; et l'autre un cancer de la prostate opéré avec présence d'une stomie qui nécessitait la réfection de pansements et le renouvellement des poches.

Cette demande tardive de soins peut traduire une modification du schéma corporel, noté chez les personnes en grande précarité, mais aussi, encore une fois, une inégalité d'accès aux soins. Cette inégalité d'accès aux soins des personnes âgées en situation précaire à laquelle nous devons faire face à la CJG est une inégalité d'accès primaire (entrée dans le système de soins retardée). Il tient essentiellement au travail du personnel de la PASS que cela ne devienne pas une inégalité secondaire d'accès (qualité des soins après un premier contact), comme nous l'avons déjà évoqué (cf. I.2 Précarité et santé, inégalités d'accès aux soins, p.14). En effet, l'existence d'inégalités sociales de santé en France

porterait aussi bien sur l'inégalité d'accès primaire que secondaire [39]. L'objectif des dispositifs PASS est de réduire au maximum ces inégalités d'accès primaire au système de santé. À défaut de pouvoir agir sur les inégalités secondaires de soins « par construction » (programmes institutionnels, recommandations de pratique), elles peuvent influencer sur les inégalités secondaires de soins « par omission » (c'est plus ici le rôle des acteurs de santé), pour les soins curatifs, mais aussi préventifs. Il est important d'évaluer si les PASS atteignent ces objectifs ou non.

Pathologies

Parmi les motifs de première consultation, les deux pathologies les plus fréquentes sont l'hypertension artérielle et le diabète. Les raisons de leur fréquence sont différentes.

L'hypertension artérielle, premier motif de première consultation ressortant de l'étude, présente à mon sens un problème particulier. On note, il est vrai, une grande prévalence de cette pathologie, mais l'hypertension artérielle semble être dans les esprits « une pathologie à part », autant pour les Français que pour les étrangers. Elle est bien intégrée comme maladie et même parfois la normalité de la tension artérielle signifie chez certains une absence totale de maladie. Il est vrai que, pour certains étrangers, ayant eu des difficultés d'accès aux soins, le suivi médical précédant cette première

consultation s'est vu résumé à la seule prise de tension artérielle...

Les motifs de première consultation concernant l'HTA sont représentés sensiblement dans les mêmes proportions à la CJG (22 % des 60 ans et plus ; 17,2 % des 65-79 ans ; 20 % des 80 ans et plus) qu'en médecine libérale (27 % des 65-79 ans ; 26 % des 80 ans et plus).

Le diabète représente 9,3 % des motifs de première consultation à la CJG. Pour la tranche d'âge des 65-79 ans étudiée dans le rapport du CREDES sur les motifs de recours en médecine libérale [38] (qui retrouve 6 % de motif de consultation pour diabète), cela représente 17,2 % à la CJG.

On note ainsi une nette prépondérance des motifs de consultation pour renouvellement de traitement antidiabétique dans la population de la CJG par rapport à la population générale du même âge.

J'y trouve deux explications possibles : comme nous le verrons plus tard, on notera une très forte prévalence de diabète dans cette population par rapport à la population générale du même âge. D'autre part, le diabète est une des rares pathologies qui, lorsque l'on observe une interruption du traitement, peut présenter des complications aiguës graves : acidocétose ou, plus rarement, coma hyperosmolaire. Ainsi, une patiente diabétique rom, venue pour un renouvellement de traitement après interruption a-t-elle été adressée directement en hospitalisation dans

le service d'endocrinologie pour suspicion d'acidocétose. Il s'agissait de l'une des 4 hospitalisations directes observées à la suite de consultations à la CJG dans le cadre de l'étude.

Les patients diabétiques semblent connaître ce risque, l'ont pour certains déjà éprouvé, et même s'ils n'ont pas de symptôme aigu autre, leur diabète justifie à lui seul qu'ils reprennent un suivi médical.

Pathologies médicales existantes

La particularité des pathologies et des problèmes médicaux rencontrés chez les personnes de 60 ans et plus consultant à la CJG réside dans le fait qu'elles cumulent les pathologies du sujet âgé que l'on peut observer en médecine libérale et les pathologies de la précarité.

Je traiterai dans un chapitre à part les pathologies cardio-vasculaires, et les cancers (cancers du sein, de la prostate, et du côlon) qui ont fait l'objet d'une étude plus approfondie.

Dans les pathologies du sujet âgé rencontrées aussi bien en médecine libérale qu'à la CJG, rappelons, par ordre décroissant de fréquence :

- Déficits en vitamine D,
- Troubles gastriques et hernies pariétales,
- Anémies,
- Insuffisances rénales
- Pathologies neurologiques telles que AVC, épilepsie, zona, troubles des fonctions supérieures,
- Arthrose, ostéoporose et fracture du col du fémur,
- Hypertrophie bénigne de la prostate,
- Syndrome d'apnée du sommeil et BPCO,
- Cataracte, glaucome, rétinopathies,
- Pathologies endocriniennes,
- Insuffisance veineuse,
- Cancers.

Ce que l'on peut constater, c'est que les pathologies contractées par les patients âgés en médecine libérale générale, et par les patients de plus de 60 ans à la CJG sont sensiblement les mêmes, mais de manière générale, les patients de la CJG ont un **âge physiologique plus élevé** : ils présentent ces pathologies plus tôt.

Citons pour illustrer M. A., 40 ans, Français, SDF, alcoolique chronique, tabagique à 30 paquets-année et ancien toxicomane, qui souffre d'une cardiomyopathie dilatée grave, d'origine toxique, d'une BPCO et qui présente régulièrement des hémorragies digestives dues à des varices œsophagiennes, posant le problème de la prise en charge thérapeutique.

De même, au cours de mes consultations à la CJG, j'ai pu voir Mme T., 35 ans, Roumaine, vivant en caravane, diabétique, obèse et hypertendue, pour laquelle les explorations médicales ont montré une insuffisance rénale, une insuffisance cardiaque évoluée, et un probable syndrome d'apnée du sommeil. Ce n'est pas une exception parmi les patients consultant à la CJG. Pourtant, je note qu'une seule femme dans mon étude, âgée de 73 ans, a consulté pour des troubles des fonctions supérieures, probablement liés à une démence débutante, ce qui constituerait moins de 4 % de la population féminine étudiée, à comparer à une prévalence de 20,5 % des femmes âgées de 75 ans et plus, selon H. Ramarosan *et al.*, dans les résultats de l'enquête Paquid débutée en 1988 (2003) [40], en France.

J'y donnerai plusieurs explications : chez les personnes présentant une intoxication alcoolique, et en particulier les Français, un syndrome de type Korsakoff peut venir perturber l'évaluation de troubles des fonctions supérieures d'origine démentielle. Il en va de même de l'imprégnation alcoolique elle-même, souvent observée le jour de la consultation.

D'après mon expérience personnelle des étrangers en situation de précarité sociale, le voyage que ceux-ci entreprennent pour venir en France s'effectue de manière générale seul et dans des conditions difficiles. Il paraît impossible à envisager avec une démence débutante. Le nombre d'étrangers (de la CJG) atteints de cette pathologie serait donc probablement moins important. Par ailleurs, il faut souligner les difficultés de compréhension lors des entretiens, minimisant peut-être le dépistage de ces pathologies. À noter que dans certains villages africains, la personne démente n'est pas stigmatisée comme on peut l'observer en France, elle erre dans le village, se faisant nourrir et loger par autrui. Il n'y a que si elle ne présente plus aucune attache au pays que la famille envisage de la faire venir en France (comme cela a été le cas pour cette patiente de la CJG).

Toutefois, selon l'enquête Paquid (2003) [40], la prévalence de la démence croît de façon linéaire avec l'âge : chez la femme l'augmentation de la prévalence passe de 5,7 % entre 75 et 79 ans à 52,8 % chez les 90 ans et plus. La maladie d'Alzheimer représente la

majeure partie de toutes les démences et son incidence augmente aussi de façon très forte en fonction de l'âge après 75 ans. Avec le vieillissement de la population, on peut donc s'attendre à une forte augmentation du nombre de personnes atteintes de démence, et en particulier de la maladie d'Alzheimer, y compris chez les personnes en situation de précarité. Les personnes en situation de précarité doivent être incluses, dans la mesure du possible, dans le même protocole de dépistage et de soins que la population générale bénéficiant du « système de droit commun ». Il faudrait tenter d'effectuer des Mini-Mental State Examination (MMSE) chez les personnes âgées de la CJG, quelle qu'en soit la difficulté de réalisation. Ce MMSE, s'il est répété, trouvera probablement son importance dans le temps, pour le dépistage des démences.

L'autre constatation, déjà soulevée auparavant, est que **les pathologies sont plus graves** qu'en médecine générale libérale. Ainsi on constate des pathologies plus évoluées pour les symptomatologies abdominales, rhumatologiques (cf. III.1.C Motifs de la première consultation, p.69), et pour la pathologie veineuse (1 cas d'ulcère veineux sur 4 cas d'insuffisance veineuse).

Les cancers sont particulièrement inquiétants, avec 7,4 % de pathologie cancéreuse retrouvée. Non seulement la fréquence est nettement plus importante, mais le niveau de gravité est préoccupant... En dehors

des deux cancers de la prostate, on comptait une personne présentant un cancer du col de l'utérus au stade palliatif, et une personne un carcinome basocellulaire de la paupière avec atteinte orbitaire, opéré. Le cancer de l'utérus aurait pu faire l'objet d'un dépistage précoce, ainsi que les cancers de la prostate (j'y reviendrai plus tard), et ce qui ressort ici, c'est le retard de recours aux soins : absence de perception, manque d'information sur les recours ou traitements possibles, raisons financières ? On sait que les membres des catégories sociales défavorisées prêtent moins d'attention aux symptômes, sont moins informés sur les maladies et sur les circuits de soins, et font preuve d'un plus grand scepticisme envers la médecine. Ils répugnent davantage à se percevoir comme malades [6]. Pour ces personnes qui consultent peu, on voit comme la prévention devient essentielle.

En ce qui concerne les résultats des analyses biologiques, on note un réel problème de **carence en vitamine D** sérique. La quasi-totalité des patients de l'étude (95,6 %) présentait une concentration en vitamine D sérique inférieure à 30 ng/ml, et un peu plus d'un tiers présentait une carence profonde (valeur inférieure à 10 ng/ml).

En France, les études de cohorte décrivant la fréquence de l'insuffisance en vitamine D, la rapportent pour des concentrations de 25OH vitamine D inférieures à 10-15 ng/ml. La fréquence y est déjà

très importante, avec 15 à 30 % dans l'étude SUVIMAX [41] (population générale), 59 % dans l'étude DHEAge [42] (sujets en bonne santé de 60 à 79 ans), et jusqu'à 98 % chez les sujets âgés de 84 ans en moyenne, en institution [43]. On peut donc penser que cette fréquence doit être encore plus importante si l'on définit l'insuffisance en vitamine D par des concentrations inférieures à 30 ng/ml comme cela a été retenu de manière consensuelle en 2005 [44].

Mon étude ne permettait pas de savoir si le traitement par supplémentation vitaminique avait bien été observé par les patients, même si celui-ci avait été prescrit dans tous les cas où une carence avait été diagnostiquée. La fréquence de l'insuffisance en vitamine D sérique retrouvée dans la population âgée en situation précaire de mon étude serait donc à peu près équivalente à celle de la population générale du même âge, avec probablement les mêmes carences d'apports, et les mêmes conséquences en terme de risque fracturaire...

Les personnes de 60 ans et plus consultant à la CJG présentent aussi des « pathologies de la précarité », au nombre desquelles on peut citer les pathologies infectieuses, l'intoxication alcoolique, les pathologies traumatiques suite à des agressions physiques, les pathologies dermatologiques et psychiatriques.

Au niveau infectieux, on a une prévalence de 7,4 %

d'**hépatite C** (versus 5,8 % dans les CASO de Médecins du Monde de Paris), et 3,7 % d'**hépatite B** (versus 6,9 % dans les CASO de Paris), ce qui représente plus de 5 fois la moyenne nationale [30]. La majorité de ces diagnostics (83 %) a été réalisée à la CJG, témoin de la sensibilisation de l'équipe à ces pathologies. Ainsi, les sérologies des hépatites B et C sont proposées à tous les patients consultant pour la première fois. Il a été prescrit un traitement médicamenteux ou un suivi biologique pour les six patients présentant une hépatite et un seul a été perdu de vue.

La tuberculose y est aussi fortement représentée, avec une personne traitée, et une autre ayant eu une forte suspicion de cette pathologie, mais qui n'a pas donné suite aux soins. Cela correspond à une prévalence de tuberculose à peu près équivalente à celle notée lors de l'étude des 350 patients ayant consulté à la PASS d'Avignon en 2002 [9] (3,7 % versus 3 %). Selon la thèse de B. Rouillier, portant sur la tuberculose à la CJG (2002) [⁴⁵], 2 cas de tuberculose sur 34 patients avaient été diagnostiqués, en proposant un dépistage de cette pathologie à tous les patients présentant des signes fonctionnels respiratoires et/ou généraux supérieurs à 7 jours. Ce taux, presque deux fois plus important que celui retrouvé dans mon étude et à la PASS d'Avignon, où le dépistage n'avait pas ainsi été mis en avant, semble prouver que la fréquence de cette pathologie est sous-estimée, faute de dépistage. Par

ailleurs, B. Rouillier souligne dans son travail la difficulté de réalisation d'un dépistage de la tuberculose à la CJG. Il devrait inclure une radiographie pulmonaire, une recherche de BK (bacille de Koch) dans les expectorations et une IDR (intradermoréaction à la tuberculine) ou un test QuantiFERON®. Les principaux obstacles sont : la multiplicité des examens (difficilement compatible avec l'affluence des consultants certains jours à la CJG), la nécessité de revoir les patients trois jours après pour la lecture de l'IDR (ces patients, cumulant les rendez-vous, ont parfois des difficultés à les respecter), l'absence fréquente de notion du statut vaccinal en général, et d'une IDR de référence en particulier (compiquant l'interprétation de celle-ci).

Pour un dépistage et une prise en charge efficaces de cette pathologie, B. Rouillier insiste sur la nécessité d'un partenariat entre la PASS et la Lutte Antituberculeuse départementale, Médecins du Monde et le Samu Social, afin de réfléchir ensemble à une action commune de lutte anti-tuberculeuse.

Ainsi, et en particulier depuis la création du Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD) en Décembre 2007, qui inclut, entre autres, le Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT), les relations entre la PASS et le CLAT sont étroites. En effet, tous les patients de mon étude ayant présenté une suspicion d'atteinte de tuberculose ont été adressés au centre Jean V (CLAT de Nantes). Ce centre effectue à titre

gratuit le suivi des personnes atteintes de tuberculose ainsi que les enquêtes autour des cas, des actions de dépistage et des vaccinations par le BCG (vaccin antituberculeux). On peut donc espérer une amélioration de la prise en charge de cette pathologie par le biais de cette étroite collaboration.

La pathologie alcoolique (11,1 % des patients de 60 ans et plus à la CJG) et ses complications (gastriques, ORL, neurologiques, biologiques) sont aussi très fréquentes.

Il est vrai qu'il y a une différence significative, ici, pour cette intoxication, entre les Français et les étrangers. Les Français de mon étude, même s'ils ne sont pas tous SDF, sont pour 40 % alcooliques, ce qui montre combien cette intoxication complexe reste liée à leur situation de précarité. Les deux étrangers sont des Roms. Pour des raisons de conditions de vie difficiles, manque de travail, raisons culturelles, l'intoxication alcoolique débute jeune chez les Roms. Il faut rester vigilant face à ce problème chez les Roms vieillissants car cela ne manquera pas de rendre l'observance et le suivi des traitements plus compliqués, d'autant plus qu'il a parfois été observé que des Roms alcooliques étaient exclus de la communauté...

On trouve aussi 2 cas d'**agressions physiques**, avec séquelles (lombalgies et syndrome de la queue de

cheval), les deux cas ayant justifié, selon les patients, leur migration en France.

On peut compter aussi des **dermatoses** relativement fréquentes (7,4%), la prévalence de celles-ci lors de l'évaluation de l'activité médico-sociale des PASS au niveau national en 2003 étant de 4,9 %, et des conditions de **misère physiologique**.

Les pathologies psychiatriques (en dehors de l'alcoolisme) sont présentes, mais elles paraissent peu nombreuses, par rapport à la population générale des PASS (2 personnes, soit 3,7 %, versus 7,3 % dans l'évaluation de l'activité médico-sociale des PASS au niveau national en 2003 [10]). Je pense que, même si les personnes âgées de mon étude vivent dans des conditions de grande précarité et d'exclusion, avec un passé difficile et des traumatismes, elles restent globalement mieux entourées que les patients plus jeunes consultant à la CJG. Les Français sont tous connus du réseau social (qu'ils veuillent l'intégrer ou non), et les étrangers ne décident de migrer que si une personne connue peut les recevoir (famille le plus souvent).

Ce sont donc, pour les étrangers, des exclus du système français, mais pas de leur entourage proche. Or, selon J. Maisondieu, dans « Précarité et santé » : « les malades mentaux sont souvent exclus, les exclus ne sont généralement pas des malades mentaux, mais tous les exclus, qu'à l'origine ils

soient malades ou bien portants, souffrent psychologiquement de la situation d'exclusion dans laquelle ils se trouvent » [6].

Couverture vaccinale

La couverture vaccinale reste très faible, inférieure à celle de la population générale. Ainsi, dans mon étude, 5,3 % des patients étaient vaccinés contre la grippe et 25 % contre le tétanos.

Selon l'INSEE, dans la population générale, la proportion des personnes vaccinées diminue avec l'âge (pour le tétanos : 92 % avant 20 ans, contre 35 % après 80 ans) [46]. À travers une enquête réalisée en 2001, en France, auprès de médecins généralistes volontaires, et incluant 6275 patients [47], les déficits de couverture vaccinale concernent surtout les catégories sociales défavorisées et les populations plus âgées.

A *contrario*, ces dernières années, le taux de couverture vaccinale contre la grippe était supérieur à 65 % chez les personnes de 65 ans et plus, dans la population générale française, selon une enquête du Groupe d'Étude et d'Information sur la Grippe (GEIG) rapportée dans le guide des vaccinations de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES) [27], 2008. Le taux de couverture vaccinale contre la grippe retrouvé dans mon étude paraît ainsi d'autant plus faible que cette

couverture est bonne chez les personnes âgées de la population générale.

Il est important de souligner ici la relation qu'a développée la PASS de Nantes avec le Centre de Vaccinations Polyvalentes (CVP) du CHU de Nantes. Suite à la loi de recentralisation des actions de santé publique (13 Août 2004) [48], le CHU de Nantes a créé en Mai 2006 le Centre de Vaccinations Polyvalentes, faisant partie du Centre Fédératif de Prévention et de Dépistage (CFPD), avec d'autres structures comme le Centre d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST) et le Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT).

Le CVP assure gratuitement des séances de vaccinations, avec ou sans rendez-vous, avec une consultation médicale préalable et est destiné en priorité aux populations les plus vulnérables. Avant sa création, la PASS prenait en charge un bon nombre des vaccinations, mais le personnel soignant a très vite dirigé les patients concernés vers le CVP. Mon étude ne permettait pas de savoir le nombre de vaccinations effectuées à la suite de la consultation à la CJG (au CVP ou à la CJG), mais comme le souligne N. Feuillebois dans sa thèse, en 2008 [49], la fréquentation du CVP a nettement augmenté en un an, depuis sa création en 2006. Il a noté une augmentation de la moyenne mensuelle du nombre de consultations de 73,8 % en 2007 par rapport à 2006. Le public correspondant aux critères de situation de

précarité a lui-même augmenté, pour passer de la moitié à 76,1 %.

Échelle visuelle analogique (EVA)

La moyenne générale est plutôt bonne (5,9) ; les extrêmes vont de 0 à 10, c'est-à-dire du minimum au maximum.

Il est impossible de tirer une conclusion globale sur l'EVA concernant le ressenti du patient par rapport à son propre état de santé. En effet, les chiffres attribués par les patients peuvent concorder avec leur état réel de santé, mais ils s'en éloignent parfois considérablement.

Cela peut toutefois illustrer soit un ressenti personnel subjectif différent de celui perçu par le médecin, soit les problèmes de communication qui peuvent exister durant les consultations...

Ainsi, la personne qui a attribué un « 0 » est le patient pour qui il a été découvert un cancer de la prostate au stade métastatique, et qui a été hospitalisé à la suite de la première consultation à la CJG.

La personne qui a attribué un « 1 » est une patiente de 61 ans, consultant pour douleurs lombaires chroniques sans gravité, et elle présentait dans ses antécédents une simple HTA.

Aussi, la personne ayant attribué un « 10 » est un patient de 74 ans sans antécédent particulier ; mais une des personnes ayant attribué un « 9 » est le

patient de 68 ans opéré d'un cancer de la prostate,
qui présentait une altération de l'état général et
une anémie...

III.2 Analyse des résultats concernant les facteurs de risque cardio-vasculaire et les cancers du sein, de la prostate et du côlon

III.2.A LES FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

La population des personnes en situation précaire âgées de 60 ans et plus étudiée est une population à haut risque de maladie cardio-vasculaire. En effet, elle présente une exposition aux facteurs de risque cardio-vasculaire égale ou supérieure à la population générale du même âge, avec un taux de complications de ceux-ci bien supérieur.

Le tabagisme concerne 38,6 % des personnes âgées de 60 ans et plus consultant à la CJG. Ce taux est nettement supérieur à la moyenne des fumeurs du même âge dans la population générale : 23 % chez les 15-75 ans, 12 % et 8 % chez les hommes et les femmes de plus de 65 ans dans les pays de la Loire, en 2007, selon l'Observatoire Régional de la Santé [3]. Les femmes de mon étude y sont moins exposées, comme dans la population générale. Chez les Français, on recense 80 % de fumeurs, ce qui représente une part significativement plus importante que chez les étrangers. La précarité, à elle seule, chez les Français, semble pourvoyeuse d'addiction au tabac.

D'ailleurs, tous les SDF (tous sont français, rappelons-le) présentent une intoxication tabagique. Des campagnes de prévention nationales ont lieu régulièrement afin de sensibiliser le public à l'arrêt du tabac, mais elles touchent malheureusement très peu les catégories sociales défavorisées.

La population de mon étude présente un taux important d'antécédents personnels et familiaux de maladie cardio-vasculaire (environ 20 % et 30 %, respectivement). À noter que, de surcroît, la barrière linguistique et la compréhension difficile lors de certains entretiens ont pu minimiser le taux de réponse à la question des antécédents familiaux.

Le taux de diabète observé dans mon étude est de 13 %. Il est sensiblement comparable à celui observé chez les plus de 60 ans dans les CASO de Médecins du Monde (18 %) [30].

Ces taux sont nettement supérieurs à ceux constatés dans la population générale : selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), la prévalence du diabète, en France, en 2003, était de 3 %, tous âges confondus [⁵⁰]. Elle serait de l'ordre de 10 % chez les personnes de plus de 70 ans, selon P. Ricordeau *et al.*, en 2000 [⁵¹].

On peut expliquer en partie cette prévalence élevée par la symptomatologie de la pathologie elle-même. En effet, comme je l'ai déjà expliqué auparavant

(cf. III.1.C Motifs de première consultation, p.69), cette pathologie n'est pas toujours « silencieuse » : l'arrêt du traitement antidiabétique peut entraîner des complications graves et apparaissant rapidement. Les patients diabétiques consulteraient donc plus rapidement que les patients exempts de cette maladie.

Par ailleurs, la prévalence importante de diabétiques dans la population étudiée peut trouver une cause dans la précarité des conditions de vie et d'alimentation, d'une part, et dans le taux de surpoids et d'obésité retrouvés, d'autre part. Les deux apparaissent d'ailleurs indissociables.

Dans la population générale, on rapporte 80 % des diabètes à l'obésité. Dans mon étude, 85 % des personnes diabétiques présentaient un surpoids ou une obésité. Or, parmi les personnes étudiées, diabétiques et non diabétiques, j'ai observé 58,9 % de patients en surpoids ou obèses (dont deux patients présentant un IMC supérieur à 40). Ce taux est supérieur à celui retrouvé dans la population adulte générale (moins de 50 % selon l'enquête nationale nutrition santé : ENNS en 2006-2007 [52]).

Il y a ainsi probablement aussi un taux supérieur de syndromes métaboliques (présence d'au moins trois des facteurs suivants : diabète, obésité, taux de triglycérides supérieur à 1,5 g/l, taux de HDL-cholestérol inférieur à 0,4 g/l, pression artérielle supérieure à 130/85 mmHg), étant données les fortes prévalences de diabète, d'obésité, d'hypertension

artérielle et de dyslipidémie.

Le problème d'excès de poids touche en particulier la population rom, phénomène qui a déjà été constaté chez les enfants. Ces derniers présentaient souvent des carences conjuguées à des surcharges pondérales dues à de mauvaises habitudes alimentaires [35]. Les difficultés financières, l'absence de repas, le grignotage permanent (produits gras et sucrés) et l'absence de notion de diététique dans cette population sont des explications à ces mauvaises habitudes, qui se sont répercutées dans toutes les classes d'âge.

Chez les Roms vieillissants, l'excès de poids est responsable de plusieurs complications telles le diabète, les dyslipidémies (et les pathologies cardio-vasculaires), le mauvais état dentaire, l'arthrose, les syndromes d'apnée du sommeil...

Le taux de diabètes compliqués est lui aussi préoccupant : tous les patients diabétiques de mon étude présentaient au moins une complication. Parmi celles-ci on constate en particulier une plus grande représentation des complications macroangiopathiques : 46 % des diabètes compliqués d'artériopathie dans mon étude, versus 19 % de cardiopathie ischémique selon l'ANAES [50]. En revanche, on compte moins de rétinopathie diabétique : 8,3 % dans mon étude, versus 29,7 % par

rétinopathie diabétique non proliférative et 5,6 % par œdème maculaire, selon la même référence de l'ANAES.

Les atteintes macroangiopathiques, à la différence des microangiopathies, ne nécessitent pas ou peu d'examen complémentaires pour en faire le diagnostic. Les atteintes microangiopathiques sont donc probablement sous-estimées.

Ce niveau de gravité des diabètes pris en charge à la CJG traduit le mauvais suivi médical des patients diabétiques avant leur arrivée. Les patients ont notion de leur pathologie, de la gravité potentielle de celle-ci, mais le suivi a été chaotique, les complications rarement dépistées et peu prises en charge. Les patients ne visualisent les conséquences de leur pathologie qu'à court terme, par manque de connaissance souvent.

Pour cela, un travail d'information, de prévention et d'éducation des patients diabétiques est actuellement en train de se mettre en place à la CJG. Le but est de repérer les patients diabétiques, et de leur proposer une consultation groupée médecin-infirmière, puis un suivi par une infirmière (avec l'interprète si besoin). Ces consultations permettent de reprendre la problématique du diabète, de la physiopathologie au maniement du traitement en passant par la diététique, la prévention et les objectifs d'hémoglobine glyquée, en fonction des questions et

des besoins de l'intéressé.

L'hôpital de jour d'endocrinologie propose aussi d'accueillir les patients pour une courte période (une journée ou deux) afin de revoir avec eux l'éducation au diabète et les traitements. Pour les patients non francophones, cela nécessite une disponibilité des interprètes qui n'est pas toujours facile à organiser.

L'âge moyen de diagnostic du diabète dans la population générale est de 57 ans. Il est recommandé de dépister le diabète, par une glycémie veineuse, chez tous les sujets de la population générale à partir de 45 ans, et plus tôt s'il existe des facteurs de risque [53]. Cette prescription semble rester « médecin-dépendant » à la CJG.. Il apparaît donc comme essentiel de proposer à tous les primoconsultants de la CJG, dès l'âge de 40-45 ans, (en fonction des facteurs de risque) un dépistage systématique du diabète en plus du dépistage des maladies sexuellement transmissibles (MST).

On retrouve dans la population des 60 ans et plus consultant à la CJG une proportion à peu près équivalente d'hypertension artérielle à celle de la population générale. En effet, 50 % des patients étudiés à la CJG sont hypertendus. En France, l'HTA est présente chez 40 à 50 % des patients âgés de plus de 70 ans dans la population générale, et chez 35,3 %

des patients entre 60 et 70 ans (selon une étude du CREDES publiée en 1999 [54]). Aux États-Unis, on retrouve une prévalence d'environ 59 % chez les hommes de 60 à 79 ans et de 69 % chez les femmes de la même tranche d'âge, selon le National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI), 2002 [55].

Comme constaté précédemment (cf. III.1.c Motifs de première consultation, p.69), les patients hypertendus semblent avoir conscience qu'ils sont malades et qu'ils devraient recevoir un traitement. En revanche, ils ne semblent pas conscients du préjudice qu'entraîne une interruption du traitement, même temporaire. De plus, le logement instable, fort pourvoyeur de la perte d'ordonnances et de médicaments, ainsi que les difficultés financières et d'accès aux soins, rendent la poursuite du traitement au long cours hasardeuse.

Dans mon étude, même si le taux de patients présentant une HTA est à peu près équivalent à celui retrouvé dans la population générale du même âge, on constate néanmoins un taux élevé d'HTA compliquées : 20 % des cas d'HTA sont compliquées d'insuffisance rénale chronique, 6,7 % de cardiopathie, 6,7 % d'AVC, 6,7 % de rétinopathies.

Chez les personnes de plus de 65 ans dans la population générale, la prévalence des AVC peut être estimée à environ 2 % [56]. Ils seraient donc plus de trois fois plus nombreux dans mon étude.

On peut aussi penser que les autres complications de l'HTA retrouvées dans mon étude sont probablement sous-estimées, les explorations complémentaires nécessaires à leurs diagnostics (fonction rénale, échographie cardiaque, fond d'œil) n'ayant pas toujours été réalisées.

La prise en charge de l'HTA reste une préoccupation constante à la CJG, comme on peut en juger par le nombre de diagnostics d'HTA (un quart des HTA retrouvées dans mon étude ont été diagnostiquées à la CJG).

Cette prise en charge est essentielle, tant dans le dépistage initial que dans la continuité des soins. La CJG se veut un relais vers les structures médicales de droit commun et permet ainsi aux patients porteurs d'une pathologie chronique comme l'HTA d'éviter, tant que leur situation sociale ne leur permet pas d'intégrer le réseau « classique », d'interrompre leur prise en charge médicale et thérapeutique.

Il paraît difficile à notre niveau d'agir sur le délai de consultation des patients étrangers. Toutefois, il semblerait intéressant, à la CJG, de proposer aux patients des consultations d'éducation à l'HTA, sur le modèle de celles qui sont proposées depuis peu aux diabétiques, pour répondre aux questions sur l'HTA, expliquer les risques de complications, insister sur l'observance du traitement, et ainsi œuvrer pour que la prise en

charge des facteurs de risque d'athérome chez les patients précaires soit comparables à celle de la population générale.

Parmi ceux chez qui l'item a pu être renseigné, j'ai retrouvé un taux de 53,5 % de patients dyslipidémiques. Cette prévalence est nettement plus importante que dans la population générale. En effet, selon le Haut Comité de la Santé Publique, 16 % de la population française était touchée par un trouble du métabolisme des lipides, en 2002 [57]. Cette proportion concernait un quart des sujets âgés de plus de 64 ans [58]. Le taux important d'excès de poids observé parmi les patients de mon étude semble être l'explication principale à ce phénomène, ainsi qu'une forte consommation de graisses (pour des raisons financières, d'alimentation dans les réseaux d'aide sociale, et d'habitudes alimentaires chez certains étrangers).

La majorité des dyslipidémies (presque 70 % d'entre elles) a été diagnostiquée à la CJG. Étant donnée la part importante représentée par les étrangers dans mon étude, cela montre les carences de dépistage de ce facteur de risque dans la plupart des pays d'origine des migrants.

Par ailleurs, chez les patients aux antécédents connus de dyslipidémie, le traitement était mal équilibré : un seul bilan lipidique sur les 23

concernés était normal, sous traitement hypolipémiant.

Chez ces patients pour qui l'accès aux soins et aux médicaments est un parcours difficile, la dyslipidémie représente un facteur de risque sans conséquence clinique immédiate en cas de traitement mal conduit, et l'observance du traitement ainsi que du régime s'en trouve probablement perturbée..

Un bilan lipidique initial paraît indiqué chez les patients de plus de 60 ans à la CJG. Mais il faut aussi continuer à sensibiliser les patients à cette question, au cours des différentes consultations, et peut-être au cours de consultations « spécialisées » autour de la prévention (diabète, HTA, autres préventions).

III.2.B LES CANCERS DU SEIN, DE LA PROSTATE ET DU CÔLON

On constate un nombre important de cancers, essentiellement de la prostate, au sein de la population étudiée, pris en charge à un stade très évolué de la maladie.

Par ailleurs, bon nombre de patients s'étaient prêtés au dépistage (mis à part pour le cancer du côlon, pour lequel le dépistage par Hémocult® était en cours d'évaluation).

Cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein a montré son intérêt dans l'incidence de la maladie. Ainsi, une étude parue dans le *Lancet* en 1993 a montré une diminution de 30 % de mortalité par cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans invitées au dépistage [59].

Le dépistage du cancer du sein parmi les patientes de mon étude a été réalisé dans des proportions avoisinant celles que l'on peut retrouver dans la population générale. En effet, 35,3 % des patientes ont effectué le dépistage du cancer du sein, et la question a pu être renseignée pour 50 % des femmes. Selon l'ORS, on a pu observer en France un taux de participation au dépistage organisé de 40 % en 2004 [3].

La moitié des femmes ayant participé au dépistage y ont participé en France. On voit ici tout l'intérêt du dépistage organisé, national, gratuit, qui a réussi à sensibiliser jusqu'au public en situation précaire.

Aucun cas de cancer du sein n'a été identifié dans la population étudiée. Ce cancer concerne 1,3 % des femmes du régime général, selon les statistiques de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) [60].

Il faut poursuivre l'effort de sensibilisation au

dépistage du cancer du sein au niveau de la population concernée, en particulier auprès des femmes roms et algériennes (dont aucune n'a réalisé ce dépistage). Chez celles-ci se pose la question de la difficulté de la palpation mammaire qui rencontre des obstacles culturels forts. On peut toutefois espérer, après quelques consultations, les amener à changer d'avis. En effet, contrairement à la population plus jeune qui consulte à la CJG et qui honore peu ses rendez-vous, les personnes étrangères vieillissantes (même si elles entament un suivi médical tardivement) se présentent généralement à leurs rendez-vous, et elles semblent être dans une demande de prise en charge globale et élargie de leur santé.

Cancer de la prostate

La moitié des patients de mon étude (parmi les 61,5 % chez qui la question a pu être renseignée) s'étaient livrés au dépistage du cancer de la prostate. Ce taux ne peut être comparé à la population générale, le dosage du PSA sérique total n'étant pas l'objet d'une recommandation dans le cadre d'un dépistage de masse (ANAES, 2004 [22]). En effet, l'Association Française d'Urologie (AFU) recommande de réaliser ce dépistage au niveau individuel, et d'en apprécier l'intérêt pour chacun [20]. Toutefois, chez les patients d'origine africaine le risque de développer ce cancer serait multiplié par 2. Chez ces patients, il est

conseillé d'envisager un dépistage dès 45 ans.

La CJG est ainsi particulièrement concernée (il y avait 4 hommes africains de moins de 75 ans dans mon étude).

De même que pour la palpation mammaire chez la femme, le toucher rectal chez l'homme rencontre un obstacle culturel fort, surtout lorsqu'il est proposé par un médecin femme (la majorité des médecins présents à la CJG sont des femmes). Si l'on ne propose pas nécessairement celui-ci dès la première consultation, la question de l'examen de dépistage peut être abordée au cours du suivi, avec néanmoins un dosage des PSA dès le premier bilan biologique.

Ainsi, 4 dosages de PSA ont été réalisés à la suite de l'entrée à la PASS : ce nombre pourrait être amélioré en gardant à l'esprit l'importance de l'information des patients, en particulier chez ceux qui présentent un facteur d'exposition (ethnie, antécédent familial), et la simplicité de réalisation du bilan biologique.

On retrouve tout de même 2 patients présentant un cancer de la prostate dans mon étude, ce qui représente 7,7 % de la population masculine, versus 0,7 % des hommes du régime général qui sont touchés par ce cancer, selon les statistiques de la CNAMTS [60]. Ces deux cancers étaient très évolués. Chez l'un des patients, d'origine africaine, le diagnostic de cancer a été porté à la suite de la première

consultation à la CJG. Ce cancer a été découvert au stade métastatique. L'autre, sous traitement antiandrogène, aurait nécessité un suivi régulier (stomie), et est venu consulter avec une altération de l'état général et une anémie. Dans les deux cas, il y avait un obstacle à l'accès aux soins (géographique pour le premier et financier pour le deuxième), mais les deux ont poursuivi la prise en charge médicale qui leur a été proposée par la suite (hospitalisation et suivi hospitalier pour le premier, réorientation et suivi coordonné médecin traitant-urologue pour le deuxième).

Cancer du côlon

Le dépistage par Hemocult® a montré une réduction de 16 % de la mortalité par cancer colo-rectal, selon une méta-analyse publiée en 1998 [61], si plus de 50 % de la population y participe régulièrement.

Dans mon étude, seuls 3,3 % des patients avaient réalisé le dépistage du cancer du côlon.

Or, le dispositif était en expérimentation dans plusieurs départements-pilotes depuis 2003, dont ne faisait pas partie la Loire-Atlantique. L'entrée du département dans ce dispositif devait s'effectuer en Février 2007, et la généralisation à tout le territoire français en fin 2008. Sa mise en place s'est faite progressivement, et au moment de l'étude, la couverture de dépistage par Hemocult® n'était pas encore effective en Loire-Atlantique.

Il faut ainsi profiter de cette opportunité nouvelle d'un dépistage simple et gratuit pour sensibiliser les soignants et les patients de la CJG.

Parmi les patients de la CJG, aucun n'avait d'antécédent familial de cancer du côlon, dans la classe d'âge 50-74 ans. Ils auraient donc tous dû relever de ce test, qui ne présente pas les inconvénients « cliniques » du toucher rectal ou de la palpation mammaire, ni les risques de complications de la coloscopie.

Pour conclure, quelques pistes de réflexion sur le dépistage des cancers

Les personnes étrangères vieillissantes consultant à la CJG semblent présenter la particularité de vouloir entamer un suivi de leur santé. Il en est de même pour la majorité des patients français qui ne présentent pas d'intoxication alcoolique (5 des 6 patients non alcooliques).

Ces patients viennent pour un « bilan général », ou pour le suivi médical d'une pathologie chronique. Ils honorent leurs rendez-vous, poursuivent les prises en charges recommandées, et semblent demandeurs de toujours plus de dépistages... On peut penser que les patients affectés par une maladie chronique sont plus sensibilisés au sujet de la prévention que d'autres,

du fait de la gravité des symptômes auxquels ils ont déjà dû faire face. Pour les patients étrangers qui ont fait une demande de carte de séjour pour raison de santé, on peut aussi penser que cette demande de situation régulière par le biais médical motive un suivi régulier afin de bien renseigner le dossier. Quelle qu'en soit la cause, ces patients semblent ainsi « répondeurs » à la question des dépistages.. Même s'il paraît difficile de proposer un toucher rectal ou une palpation mammaire dès la première consultation, on peut proposer les dépistages « biologiques » : prise de sang et test Hemocult®.

Il peut être par ailleurs difficile de superviser l'ensemble des problèmes médicaux au cours d'une même consultation (plaintes fonctionnelles, pathologies chroniques dont le traitement a été interrompu, gestion des complications, et dépistage des maladies cancéreuses). Afin d'y remédier, pourquoi ne pas proposer une consultation « prévention et dépistage » à ces patients qui semblent demandeurs d'une prise en charge élargie ?

Celle-ci pourrait inclure une consultation médicale associée à un entretien infirmier pour répondre aux questions et prélever les bilans nécessaires. Elle pourrait être différenciée du système de consultations habituelles de la CJG, en réservant une plage horaire toutes les semaines, par exemple, sans rendez-vous.

IV

Synthèse des résultats et perspectives

IV.1 Synthèse

La population des 60 ans et plus étudiée à la Consultation Jean Guillon en 2008 est constituée pour la majorité de personnes étrangères, âgées de 60 à 70 ans.

Ils sont pour la plupart logés par leur famille ou des amis.

Presque la moitié des consultants n'a aucune couverture sociale, ce qui semble constituer un motif important de retard aux soins.

À la CJG, ils viennent pour une très grande majorité accompagnés d'une personne afin d'améliorer la compréhension réciproque lors de l'entretien. Cela concerne en particulier les étrangers et les femmes.

Ces patients consultent tardivement et ce qui les incite à venir reprendre contact avec le système de soins, ce sont des symptômes douloureux ou invalidants, ou lorsqu'ils sont affectés d'une pathologie chronique dont l'arrêt du traitement peut entraîner une complication aiguë grave (le diabète essentiellement). Nombreux sont ceux qui consultent aussi pour la première fois en raison de problèmes d'hypertension artérielle car ils semblent percevoir l'importance de cette pathologie.

Ces patients cumulent les pathologies rencontrées chez les personnes âgées dans la population générale

et celles liées à la précarité.

Ils semblent montrer un âge physiologique plus élevé qu'une personne du même âge de la population générale, et ils présentent des pathologies médicales plus graves.

Ils présentent autant, sinon plus, de facteurs de risque d'athérome, et ces derniers sont plus compliqués que dans la population générale.

La découverte et la prise en charge des cancers se font à un stade plus grave de la pathologie et les dépistages de ceux-ci pourraient être améliorés, en particulier pour le test de détection du sang occulte dans les selles (Hemoccult®) en cours de mise en place dans un programme de dépistage de cancer du côlon organisé au niveau national.

Nombre des pathologies chroniques dont souffrent ces patients ont été diagnostiquées avant leur arrivée à la CJG, mais leur gravité s'explique par les interruptions successives des traitements. Le manque de prévention, en particulier au niveau des facteurs de risque d'athérome, et de dépistage des cancers du sein, de la prostate et du côlon sont un marqueur de l'inégalité d'accès aux soins dont souffrent ces patients en situation précaire et sont probablement pour partie responsables de leur vieillissement prématuré. Mis à part les sans domicile fixe français, les patients honorent leurs rendez-vous,

poursuivent la prise en charge conseillée après une première prise de contact, et sont demandeurs de davantage de soins de prévention et de dépistage. Ils seraient donc de bons candidats à une stratégie de dépistage plus complète.

IV.2 Perspectives

Afin d'améliorer la prise en charge des patients vieillissants à la consultation Jean Guillon, j'aurais plusieurs propositions, en particulier pour renforcer les stratégies de dépistage :

- Compléter le bilan biologique qui est proposé à tous les primoconsultants (qui comporte une numération formule sanguine et les sérologies des hépatites B et C et du VIH) par l'exploration d'une anomalie lipidique et une glycémie veineuse à jeun.

- Continuer à sensibiliser le public concerné à réaliser les dépistages des cancers du sein, de la prostate et en particulier du côlon.

Pour le cancer du sein, la question de la palpation mammaire ne serait pas nécessairement abordée le premier jour, mais au cours des autres consultations de suivi, au moment de la prescription de la mammographie.

Le cancer de la prostate soulève des difficultés du même ordre, mais on pourrait déjà proposer le dosage

de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) sérique lors du premier bilan.

Pour une plus grande simplicité et une meilleure couverture du dépistage du cancer du côlon, il faudrait avoir, dans la salle de soins de la CJG, une réserve de tests de détection du sang occulte dans les selles (Hemoccult®). On pourrait les donner dès les premières consultations aux patients et les faire acheminer nous-mêmes au laboratoire.

- On pourrait instaurer, sur le mode de la prise en charge des patients diabétiques à la CJG, d'autres consultations de prévention spécialisées autour d'un thème : hypertension artérielle, dyslipidémies, surpoids, cancers. Ces consultations médecin-infirmière suivies d'entretiens infirmiers permettraient d'insister sur l'éducation à la santé : l'histoire de la maladie, le traitement dans les pathologies chroniques et l'intérêt d'éviter les interruptions, la diététique, la possibilité de dépistage des cancers...

- On pourrait aussi développer une « consultation dépistage » à l'adresse des patients étant demandeurs de soins pour leur santé. Cette consultation pourrait s'organiser sur une plage horaire fixe dans la semaine, par exemple un matin, sans rendez-vous. Les patients pourraient s'y rendre pour des informations sur les pathologies et leurs dépistages, un examen médical ciblé sur le dépistage s'il n'a pas été

réalisé auparavant, et/ou un bilan biologique complémentaire. Pour les résultats des bilans, les patients pourraient être revus soit sur cette même plage de consultation sans rendez-vous, ou s'ils préfèrent sur rendez-vous.

- Dans le cadre du dispositif transversal que constitue la PASS au CHU de Nantes, au-delà du seul cadre de la Consultation Jean Guillon, il peut être fructueux de travailler, en collaboration avec les autres services, à l'identification des situations de précarité chez les patients âgés.

- Il serait intéressant de mesurer ultérieurement l'efficacité des mesures proposées par un nouveau travail portant sur le suivi de ces patients, en comparant les résultats pour les mêmes patients plusieurs années plus tard, que ceux-ci aient été réorientés « dans le système de droit commun » ou qu'ils soient toujours vus à la Consultation Jean Guillon. Le nouveau travail pourrait aussi s'effectuer par une étude comparative en médecine générale libérale « de ville ».

- Il pourrait aussi être intéressant de réaliser le même type d'étude dans une autre PASS de France, afin de confronter les résultats et permettre l'étude d'un plus grand nombre de patients.

IV.3 Limites et biais de l'étude

- L'étude repose sur un échantillon de 54 patients qui constituent le nombre de patients de 60 ans et plus qui se sont présentés à la consultation Jean Guillon durant l'année 2008. Cet échantillon représente un nombre trop restreint pour tirer des conclusions définitives, et on ne peut extrapoler nos résultats à toutes les personnes âgées en situation de précarité.

- À Nantes, toutes les personnes âgées en situation précaire ne viennent pas nécessairement consulter au centre Jean Guillon. L'identification de la précarité du sujet âgé reste un vrai problème. Ceux qui consultent dans les Casos de Médecins du Monde, aux urgences, en médecine « de ville », ou ceux qui ne consultent pas peuvent présenter des particularités sociales et médicales différentes de celles rencontrées à la CJG et qui n'ont pu être étudiées ici.

- Dans la population des personnes âgées de 60 ans et plus consultant à la CJG, une grande majorité était représentée par des étrangers. Ceux-ci présentent des problèmes médicaux et sociaux spécifiques, qui ont ici une grande importance, même si on ne les rencontre pas chez les Français, minoritaires dans mon étude.

- Certaines pathologies rencontrées fréquemment et plus spécifiquement chez la personne âgée n'ont pas été étudiées en détail (chutes, troubles sensoriels, troubles mnésiques, dépendance...) car la population ne s'y prêtait guère : la barrière linguistique rendait difficile la communication sur ces sujets, et les échelles d'évaluations (de type échelle de dépendance par exemple) sont peu applicables à cette population en situation de grande précarité, et en majorité étrangère..

- L'item « motifs de première consultation » inclut aussi bien des signes fonctionnels ou des plaintes que des diagnostics identifiés. J'ai utilisé ce qui avait été complété par le médecin examinateur lors de la première consultation. Il y a donc une part subjective, en fonction de ce que celui-ci a jugé nécessaire de relever.

Conclusion

Au travers de cette étude, il me semble que la Consultation Jean Guillon se confirme, non seulement comme un élément-clef de l'accès aux soins des patients précaires âgés, mais aussi comme un avant-poste privilégié pour observer leurs particularités et réfléchir à leur prise en charge.

Ces patients, qui se distinguent, pour les patients étrangers, par un projet de vie en France dans la durée et, en général, par la demande d'une prise en charge à la fois élargie et approfondie de leur santé, peuvent faire l'objet d'une politique de dépistage différente de celle qu'il est réaliste, le plus souvent, de proposer aux patients plus jeunes.

Pour les Français, même s'ils restent minoritaires et moins accessibles à un suivi médical, la CJG reste un pivot fondamental de leur intégration sociale.

J'espère que ces quelques réflexions pourront trouver un usage dans le service, notamment chez les médecins ou les internes qui le rejoindront à l'avenir, pour faciliter leur appréhension des situations particulières des patients âgés qu'ils recevront.

Par ailleurs, j'espère que les pistes de travail que j'ai évoquées, en termes d'organisation de consultations thématiques et de rendez-vous consacrés au dépistage, seront jugées dignes d'intérêt et qu'elles pourront nourrir la réflexion menée à ce sujet au cœur du service. D'après mon expérience en

tant qu'interne, il devrait être possible de les mettre en œuvre assez simplement, à l'image du travail qui a été engagé autour des pathologies diabétiques depuis quelque temps à la CJG. Je suis d'ailleurs toute prête à participer à cette réflexion pour la mise en œuvre pratique à l'avenir, si les membres de l'équipe de la CJG le jugent souhaitable. Mais, à l'heure de la « Tarification à l'Activité », quelle sera la place de la prévention, en particulier chez les personnes âgées en situation de précarité, dans les hôpitaux publics ?

Bibliographie

1[] RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions.

Journal Officiel n°175 du 31 juillet 1998. p.11679.

2[] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ.

Méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global.

Saint-Denis La Plaine : ANAES ; juin 2004.

3[] OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ. PAYS DE LA LOIRE.

La santé observée dans les Pays de la Loire. Tableau de bord régional sur la santé.

Nantes : Observatoire régional de la Santé. Pays de la Loire ; juin 2007.

4[] ANCELLIN R, BARRANDON E, DRUESNE-PECOLLO N, LATINO-MARTEL P.

Nutrition et prévention des cancers : des connaissances scientifiques aux recommandations.

Paris : Direction Générale de la Santé : janvier 2009.

5[] WRESINSKI J.

Grande pauvreté et précarité économique et sociale.

Paris : Rapport pour le Conseil économique et

social ; 1987.

6[] LEBAS J, CHAUVIN P.
Précarité et santé.
Paris : Flammarion ; 1998.

7

[] LOMBRAIL P, PASCAL J, LANG T.
Accès au système de soins et inégalités sociales de
santé : que sait-on de l'accès secondaire ?
Santé, Société et Solidarité 2004 ; 2 : 61-71.

8[] LOMBRAIL P, LANG T, SMIEJAN JM, GERBAUD L, ISNARD
MC, REBOUL J, *et al.*
Le séjour hospitalier : une opportunité pour
améliorer la prévention.
Semaine des Hôpitaux de Paris 1988 ; 64 : 476-78.

9[] DE LA BLANCHARDIÈRE A, MÉOUCHY G, BRUNEL P,
OLIVIER P.
Étude prospective des caractéristiques
médicopsychosociales de 350 patients ayant consulté
une permanence d'accès aux soins de santé en 2002.
La Revue de Médecine Interne 2004 ; 25 : 264-270.

10[] TRINH-DUC A, DE LA BLANCHARDIÈRE A, PORCHER R,
AGARD C, ROUILLARD B, SCHLIENGER I, *et al.*
Mise en place d'un système de recueil et d'évaluation
de l'activité médico-sociale des permanences d'accès

aux soins de santé (PASS).

La Revue de Médecine Interne 2005 ; 26 : 13-9.

11[] PERMANENCE D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ.

Rapport d'activité.

Nantes : Centre hospitalier universitaire de Nantes ;
2007.

12[] LÉON O, GODEFROY P, PÔLE EMPLOI-POPULATION,
INSEE.

Projections régionales de population à l'horizon
2030. Fortes croissances au Sud et à l'Ouest.

Insee Première 2006 ; 1111 : 4p.

13[] PLA A, DIVISION ENQUÊTES ET ÉTUDES
DÉMOGRAPHIQUES, INSEE.

Bilan démographique 2008. Plus d'enfants, de plus en
plus tard.

Insee Première 2009 ; 1220 : 4p.

14[] AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES
PRODUITS DE SANTÉ.

Prise en charge thérapeutique du patient
dyslipidémique. Argumentaire.

Saint-Denis : AFSSAPS ; mars 2005.

15[] INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES
ÉTUDES ÉCONOMIQUES.

Principales causes de décès.

France, portrait social 2008 : 237.

16[] FONDATION ABBÉ PIERRE POUR LE LOGEMENT DES DÉFAVORISÉS.

L'état du mal-logement en France. Rapport annuel 2009.

Paris : Fondation Abbé Pierre pour le logement des défavorisés ; 2009.

17[] RORTAIS C, SEGUIN S.

Pauvretés et inégalités moins marquées dans les Pays de la Loire.

Nantes : INSEE Pays de la Loire ; 2008.

18[] DE BACKER G, AMBROSIONI E, BORCH-JOHNSEN K, BROTONS C, CIFKOVA R, DALONGEVILLE J, *et al.*

European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. Executive summary.

European Heart Journal 2003 ; 24 : 1601-10.

19[] GRUNDY SM, PASTERNAK R, GREENLAND P, SMITH S JR, FUSTER V.

Assessment of cardiovascular risk by use of multiple-risk-factor assessment equations : a statement for healthcare professionals from the American Heart Association and the American College of Cardiology.

Circulation 1999 ; 100 (13) : 1481-92.

20[] ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE.

Journée de la prostate. Dossier de presse du 15 septembre 2008.

c2008. [consulté le 02/06/09]. Disponible sur : www.urofrance.org

21[] AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION.

Prostate cancer. Guideline for the management of clinically localized prostate cancer : 2007 update.

American Urological Association Education and Research ; 2007.

22[] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ.

Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage individuel du cancer de la prostate. Document à l'usage des professionnels de santé.

Saint-Denis La Plaine : ANAES ; septembre 2004.

23[] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ.

Opportunité d'étendre le programme national de dépistage du cancer du sein aux femmes âgées de 40 à 49 ans. Actualisation.

Saint-Denis La Plaine : ANAES ; mars 2004.

[] ADVISORY COMMITTEE ON CANCER PREVENTION.

Recommendations on cancer screening in the European Union.

European Journal of Cancer 2000 ; 36 : 1473-1478.

25

[] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ.

Prévention, Dépistage et Prise en charge des Cancers du côlon. Conférence de consensus.

Paris : ANAES ; janvier 1998.

26[] INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE.

Dépistage organisé du cancer colo-rectal en France.

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2009 ; 2-3 : 13-32.

27[] DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, COMITÉ TECHNIQUE DES VACCINATIONS.

Guide des vaccinations. Édition 2008.

Saint-Denis : INPES ; 2008.

28[] WORLD HEALTH ORGANIZATION.

Obesity and overweight. Fact sheet WHO/311.

c2006. [consulté le 02/06/09]. Disponible sur : www.who.int

29[] MC TIGUE KM, HESS R, ZIOURAS J.

Obesity in older adults : a systematic review of the evidence for diagnosis and treatment.

Obesity 2006 ; 14 (9) : 1485-97.

30

[] MÉDECINS DU MONDE.

Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde.

Paris : Médecins du Monde ; 2008.

.

31[] BELIN L.

Prise en charge médico-sociale des consultants désocialisés sans domicile à Nantes. Analyse critique des actions menées auprès de 25 patients à la Consultation Jean Guillon (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) du CHU de Nantes.

Thèse : Médecine : Nantes ; 2008.

32[] HIRSCH M.

La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale.

Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 2007 ; 2-3 : 9.

33[] COMMISSION EUROPÉENNE.

La situation des Rom dans une Union Européenne élargie.

Luxembourg : Office des publications officielles des

Communautés européennes ; 2005.

34[] FILLAUDEAU S.

État de santé des populations immigrées à Nantes. À propos d'une enquête à la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes.

Thèse : Médecine : Nantes ; 2002.

35[] MERER-SCANVION A.

Étude médico-sociale de 108 enfants consultant au centre Jean Guillon (Permanence d'Accès aux Soins de Santé du CHU de Nantes).

Thèse : Médecine : Versailles Saint-Quentin en Yvelines ; 2006.

36[] COMITÉ MÉDICAL POUR LES EXILÉS.

Migrants / étrangers en situation précaire. Prise en charge médico-sociale. Guide pratique destiné aux professionnels.

Le Kremlin-Bicêtre : COMEDE ; 2008.

37[] PRADIER JR.

De l'interprétariat à la médiation sociale.

Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique 2004 ; 26 : 20-21.

38[] AGUZZOLI F, SERMET C, LE FUR P, CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ.

Clientèle et motifs de recours en médecine libérale.
Paris : CREDES ; 1994.

39[] LOMBRAIL P.

Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins.
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2007 ; 55
(1) : 23-30.

40[] RAMAROSON H, HELMER C, BARBERGER-GATEAU P,
LETENNEUR L, DARTIGUES JF.

Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer
chez les personnes de 75 ans et plus : données
réactualisées de la cohorte PAQUID.
Revue Neurologique 2003 ; 159 (4) : 405-11.

41[] CHAPUY MC, PREZIOSI P, MAAMER M, ARNAUD S, GALAN
P, HERCBERG S, *et al.*

Prévalence of vitamin D insufficiency in an adult
normal population.
Osteoporosis International 1997 ; 7 : 439-43.

42

[] SOUBERBIELLE JC, CORMIER C, KINDERMANS C, GAO P,
CANTOR T, FORETTE F, *et al.*

Vitamin D status and redefining serum parathyroid
hormone reference range in the elderly.
Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism
2001 ; 86 (7) : 3086-90.

43[] FARDELLONE P, SEBERT JL, GARABEDIAN M, BELLONY R, MAAMER M, AGBOMSON F, *et al.*

Prevalence and biological consequences of vitamin D deficiency in elderly institutionalized subjects.

Revue du Rhumatisme (English Edition) 1995 ; 62 (9) : 576-81.

44[] CORMIER C, SOUBERBIELLE JC.

Nouvelles définitions de l'insuffisance vitaminique D, retentissement sur les normes de PTH.

La Revue de Médecine Interne 2006 ; 27 : 684-689.

45[] ROUILLIER B.

La tuberculose à la consultation Jean Guillon du CHU de Nantes (Permanence d'Accès aux Soins de Santé).

Expérience et mise en place d'un dépistage.

Thèse : Médecine : Nantes ; 2002.

46[] JESTIN C.

Obligatoires ou recommandées, les vaccinations sont-elles bien pratiquées en France ?

Solidarité santé-Études statistiques 1990 ; 3-4 : 19-33.

47[] BEYTOUT J, DENIS F, ALLAERT FA.

Description du statut vaccinal de la population française.

Médecine et Maladies Infectieuses 2002 ; 32 : 678-88.

48[] RÉPUBLIQUE FRANÇAISE.

Article 71 de la loi n°2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal Officiel n°190 du 17 août 2004. p.14545.

49[] FEUILLEBOIS N.

Création et développement d'un centre de vaccinations polyvalentes en Loire-Atlantique. Thèse : Médecine : Nantes ; 2008.

50[] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ.

Principes de dépistage du diabète de type 2. Saint-Denis La Plaine : ANAES ; Février 2003.

51[] RICORDEAU P, WEILL A, VALLIER N, BOURREL R, FENDER P, ALLEMAND H.

Epidemiology of diabetes in metropolitan France. Diabetes and Metabolism 2000 ; 26 (Suppl 6) : 11-24.

52[] UNITÉ DE SURVEILLANCE ET D'ÉPIDÉMIOLOGIE NUTRITIONNELLE.

Étude nationale nutrition santé (ENNS, 2006). Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). (rapport) Paris : Institut de Veille Sanitaire ; 2007.

53[] GRIMALDI A.

Diabète de type 2.

Paris : Elsevier ; 2004.

54[] FRÉROT L, LE FUR P, LE PAPE A, SERMET C.

L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique.

Questions d'économie de la santé 1999 ; 22 : 1-6.

55[] NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH. NATIONAL HEART, LUNG, AND BLOOD INSTITUTE.

Fact book fiscal year 2001.

NHLBI ; 2002.

56[] PELLERIN C, MAUGET Y, BOUJU A, ROUANET F, PETITJEAN ME, DABADIE P.

Accident vasculaire cérébral.

Paris : Elsevier ; 2003.

57[] HAUT COMITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

La santé en France.

Paris : La Documentation Française ; 2002.

58[] MINISTÈRE DE LA SANTÉ.

Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003.

Paris : La Documentation Française ; 2004.

59[] NYSTRÖM L, RUTQVIST LE, WALL S, LINDGREN A,

LINDQVIST M, RYDÉN S, *et al.*

Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials.

Lancet 1993 ; 341 (8851) : 973-8.

60

[] CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS. DIRECTION DE LA STRATÉGIE, DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES. DÉPARTEMENT ÉTUDES SUR LES PATHOLOGIES ET LES PATIENTS.

Fréquence des affections longue durée (ALD 30) au régime général. Premiers résultats de l'étude « fréquence et coût des ALD ».

Paris : CNAMTS ; 2006.

61[] TOWLER B, IRWIG L, GLASZIOU P, KEWENTER J, WELLER D, SILAGY C.

A systematic review of the effects of screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult.

British Medical Journal 1998 ; 317 (7158) : 559-65.

Annexes

Annexe 1

Recueil de données des personnes de 60 ans et plus
vus à la Consultation Jean Guillon du CHU de Nantes
en 2008.

ÉTUDE SUR LES PERSONNES DE PLUS DE 60 ANS CONSULTANT À LA PASS

- NOM, PRÉNOM :
- ÂGE :
- SEXE :
- NATIONALITÉ :

- DATE DE LA CONSULTATION :

- PREMIÈRE CONSULTATION À LA PASS : OUI NON

- EN FRANCE DEPUIS :

- À NANTES DEPUIS :

- SUIVI À LA PASS DEPUIS :

- PERSONNE ACCOMPAGNANTE : OUI, qui : famille NON
 ami
 autre

- COMPRÉHENSION DU FRANÇAIS : OUI NON

- MÉDECIN TRAITANT DÉCLARÉ (HORS PASS) :
 OUI NON

- TYPE DE LOGEMENT :
 - DOMICILE
 - HÉBERGÉ PAR FAMILLE OU AMIS
 - CENTRE D'HÉBERGEMENT
 - HÔTEL
 - MOBILE HOME OU CARAVANE
 - RUE OU SQUAT

- COUVERTURE SOCIALE :
 - AUCUNE
 - SÉCURITÉ SOCIALE SEULE
 - SÉCURITÉ SOCIALE / MUTUELLE
 - CMU SEULE
 - CMU / CMUc

AME

-DEMANDEUR D'ASILE ? OUI NON

-DÉMARCHE DE DEMANDE DE CARTE DE SÉJOUR POUR RAISONS MÉDICALES?

OUI NON

-FACTEURS DE RISQUES CARDIO-VASCULAIRES :

-DIABÈTE : OUI NON

-HYPERCHOLESTÉROLÉMIE : OUI NON

-HYPERTENSION ARTÉRIELLE : OUI NON

-TABAGISME, SEVRÉ OU NON : OUI NON

-ANTÉCÉDENT FAMILIAL (AU PREMIER DEGRÉ) DE MALADIE ATHÉROMATEUSE : OUI NON

-ANTÉCÉDENT PERSONNEL ET/OU FAMILIAL (AU PREMIER DEGRÉ) DE CANCER COLIQUE ?:

OUI NON

-MOTIF(S) DE LA PREMIÈRE CONSULTATION :

-
-
-
-

-PROBLÈMES MÉDICAUX IDENTIFIÉS (AU COURS DES DIFFÉRENTES CONSULTATIONS) :

-
-
-
-

-TRAITEMENTS AU LONG COURS , NON SYMPTOMATIQUES:

-
-
-
-

-PATHOLOGIES MÉDICALES PRÉEXISTANTES :

-
-

-DÉPISTAGE DU CANCER DU CÔLON EFFECTUÉ (HÉMOCCULT ET / OU COLOSCOPIE) :

OUI NON

-DÉPISTAGE DU CANCER DE LA PROSTATE EFFECTUÉ (TOUCHER RECTAL ET / OU DOSAGE DES PSA) :

OUI NON

-DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN EFFECTUÉ (AUTOPALPATION ET/ OU MAMMOGRAPHIE) : OUI NON

-VACCINATION ANTI GRIPPALE EFFECTUÉE (POUR L'ANNÉE EN COURS)?
 OUI NON

-VACCINATION ANTI TÉTANIQUE À JOUR ? OUI NON

-TAILLE :

-POIDS :

-IMC :

-NFS PLAQUETTES :

-HÉMOGLOBINE :

-VGM :

-PLAQUETTES :

-LEUCOCYTES :

-POLYNUCLÉAIRES NEUTROPHILES :

-LYMPHOCYTES :

-POLYNUCLÉAIRES ÉOSINOPHILES :

-IONOGRAMME SANGUIN :

-URÉE, CRÉATININÉMIE :

-ÉLECTROPHORÈSE DES PROTÉINES PLASMATIQUES :

-FOLATES, VITAMINE B12 :

-25 HYDROXYVITAMINE D TOTALE :

-PERFORMANCE STATUS :

-ÉCHELLE VISUELLE ANALOGIQUE DU PATIENT SUR SON PROPRE ÉTAT DE SANTÉ (10 : EXCELLENT ; 0 : LE PLUS MAUVAIS) :

-

-DEVENIR DU PATIENT :

SUIVI À LA PASS

CONSULTATION SPÉCIALISÉE, si oui, laquelle :

URGENCES

HOSPITALISATION

RÉORIENTATION

Annexe 2

Classification Internationale de l'Indice de Masse Corporelle, selon l'Organisation Mondiale de la Santé

Table 1: The International Classification of adult underweight, overweight and obesity according to BMI

Classification	BMI(kg/m ²)	
	Principal cut-off points	Additional cut-off points
Underweight	<18.50	<18.50
Severe thinness	<16.00	<16.00
Moderate thinness	16.00 - 16.99	16.00 - 16.99
Mild thinness	17.00 - 18.49	17.00 - 18.49
Normal range	18.50 - 24.99	18.50 - 22.99
		23.00 - 24.99
Overweight	≥25.00	≥25.00
Pre-obese	25.00 - 29.99	25.00 - 27.49
		27.50 - 29.99
Obese	≥30.00	≥30.00
Obese class I	30.00 - 34.99	30.00 - 32.49
		32.50 - 34.99
Obese class II	35.00 - 39.99	35.00 - 37.49
		37.50 - 39.99
Obese class III	≥40.00	≥40.00

Source: Adapted from WHO, 1995, WHO, 2000 and WHO 2004.

Annexe 3

Performance status selon l'Organisation Mondiale de la Santé, adapté pour les patients de 60 ans et plus vus à la Consultation Jean Guillon.

PS = PERFORMANCE STATUS OMS

0 : CAPABLE D'UNE ACTIVITÉ IDENTIQUE À CELLE PRÉCÉDENT LA MALADIE SANS AUCUNE RESTRICTION.
(EX : pas de limitation physique due à la vieillesse)

1 : ACTIVITÉ PHYSIQUE DIMINUÉE MAIS AMBULATOIRE ET CAPABLE DE MENER UN TRAVAIL.
(EX : limitation physique due à la vieillesse et/ou la maladie mais activités personnelles, ménagères et déambulation/prise de transports possibles)

2 : AMBULATOIRE ET CAPABLE DE PRENDRE SOIN DE SOI-MÊME, MAIS INCAPABLE DE TRAVAILLER. ALITÉ MOINS DE 50 % DE SON TEMPS.
(EX : tâches ménagères autres que soins personnels impossibles, déambulation possible seul)

3 : CAPABLE SEULEMENT DE QUELQUES SOINS. ALITÉ OU EN CHAISE PLUS DE 50 % DE SON TEMPS.
(EX : soins personnels limités, déambulation seul impossible)

4 : INCAPABLE DE PRENDRE SOIN DE SOI-MÊME. ALITÉ OU EN CHAISE EN PERMANENCE.
(EX : complète dépendance)

NOM : GLAVANY PRÉNOM : MARIE-VALENTINE

**TITRE DE THÈSE : PRÉCARITÉ ET SANTÉ APRÈS 60 ANS : ÉTUDE DE 54
PATIENTS VUS À LA CONSULTATION JEAN GUILLON, PERMANENCE
D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS) DU CHU DE NANTES, EN
2008**

RÉSUMÉ

La Consultation médico-sociale Jean Guillon (CJG) accueille, au sein du dispositif PASS du CHU de Nantes, des patients en situation de grande précarité. Parmi ces patients, les personnes âgées de 60 ans et plus constituent un groupe assez peu nombreux, mais aux caractéristiques bien particulières. Ils réunissent les difficultés médico-sociales liées à la grande précarité et des pathologies des personnes âgées, de manière prématurée ou aggravée par rapport à la population générale.

Cette étude décrit et analyse les caractéristiques médico-sociales de l'ensemble des 54 patients de 60 ans et plus ayant consulté à la CJG en 2008, ainsi que les motifs de première consultation, les pathologies qu'ils présentaient et la prise en charge dont ils ont bénéficié.

Elle s'attache, en particulier, à l'étude des facteurs de risque d'athérome, des cancers du sein, de la prostate et du côlon et de leurs dépistages.

Ces patients étaient en majorité étrangers (81,5 %), âgés de 60 à 70 ans (66,7 %). Pour la plupart, ils étaient logés par des tiers (54,7 %). Presque la moitié d'entre les consultants ne bénéficiaient d'aucune couverture sociale (46,3 %).

Parmi les pathologies recensées, on relèvera : les maladies cardio-vasculaires (75,9 %), les dyslipidémies (53,5 %), le diabète (13 %), les cancers (7,4 %). Tous les cas de diabète observés étaient compliqués et les cancers recensés avaient atteint un stade avancé ou palliatif.

L'étude fait apparaître l'importance de dispositifs tels que la CJG dans la réduction des inégalités d'accès aux soins à tous niveaux, et propose des pistes de travail en matière de dépistage et de prévention des maladies athéromateuses et des cancers cités ci-dessus.

MOTS-CLÉS

Personnes âgées
Athérome

Précarité

Cancer

PASS