



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE  
**FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Patients en situation de précarité : Quel parcours de soins en médecine générale ?**

*Etude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes installés et remplaçants en Nord-Pas-de-Calais.*

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin à 18 heures  
au Pôle recherche  
**Par Géraldine Martin**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur François PUISIEUX**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE**

**Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE**

**Madame le Docteur Caroline DE PAUW**

**Directeur de Thèse :**

**Madame le Docteur Alice MATHIEU**

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>10</b>
<b>Avant-Propos</b> .....	<b>12</b>
<b>Introduction</b> .....	<b>13</b>
I. Les inégalités sociales de santé (ISS).....	13
II. Les déterminants sociaux de la santé (DSS).....	15
III. Etat de santé dans le Nord-Pas-de-Calais .....	16
IV. ISS et précarité .....	17
V. ISS et médecin généraliste .....	18
<b>Objectifs de recherche</b> .....	<b>19</b>
<b>Matériels et méthodes</b> .....	<b>20</b>
I. Recherches bibliographiques .....	20
II. Principe du focus group .....	20
III. Description et réalisation du guide d'entretien .....	21
IV. Modalité de réalisation des focus group .....	22
A. Population .....	22
1. Critères d'inclusion : .....	22
2. Critère d'exclusion : .....	22
B. Recrutement des médecins généralistes .....	22
C. Modalité de réalisation .....	23
1. Matériel utilisé .....	23
2. Déroulé de l'entretien .....	24
V. Méthode d'analyse.....	24
<b>Résultats</b> .....	<b>26</b>
I. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés. ....	26
A. Description de la population étudiée .....	26
1. Effectifs totaux.....	26
2. Caractéristiques de l'échantillon.....	27
B. Compétences mis en avant par les médecins généralistes .....	28
C. Description de la patientèle.....	28
1. Caractéristiques de la patientèle .....	28
2. Sélection de la patientèle .....	29
D. Sensibilisation à la précarité .....	29
II. La vision de la précarité par le médecin généraliste.....	31
A. Les caractéristiques sociales et indices définissant la précarité .....	31
1. Des critères socio-administratifs .....	32
a) Des critères financiers .....	32
b) Le statut administratif et le type de couverture santé .....	32
2. Critères selon les représentations du médecin .....	33
a) Indices démographiques.....	33
b) Indices matériels.....	34
c) Indices sur le parcours de vie et facteurs psycho sociaux.....	34
d) Indices intellectuels.....	35
e) Indices comportementaux.....	35

f) Indices sanitaires .....	36
i Indices corporels .....	36
ii Antécédents médicaux .....	36
g) Indices géographiques .....	37
h) En résumé .....	37
B. Rapport de la précarité sur la santé .....	38
C. Abord du soin par le patient en situation de précarité .....	38
1. Abord des soins primaires .....	38
2. Une conception de la santé différente .....	39
3. Et les croyances .....	39
D. Relation médecin/patient en situation de précarité .....	40
III. Le parcours de soins d'un patient précaire .....	41
A. Description d'une consultation .....	41
1. Une nécessité de s'adapter .....	41
2. Une question de temporalité .....	41
3. Imbrication du problème social dans le problème médical (407) .....	42
4. Adapter sa prise en charge .....	42
B. Description du rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins d'un patient en situation de précarité .....	44
1. Repérer un patient en situation de vulnérabilité .....	45
a) Rechercher les caractéristiques sociales .....	45
b) Comment repérer les indices de vulnérabilité ? .....	45
i En fin de consultation .....	46
ii Selon les motifs de consultations .....	46
iii Lors des visites à domicile .....	47
iv Lors de refus ou d'oublis de rendez-vous .....	47
v Selon des situations médicales révélatrices de problème social ....	48
vi Lorsqu'on les sollicite .....	48
2. Orientation dans le parcours de soins .....	49
a) Les moyens utilisés pour orienter un patient précaire .....	49
b) Oriente vers .....	50
c) Vers le secteur secondaire .....	50
i Secteur public .....	50
ii Secteur dentaire .....	51
iii Utilisation de structures sans avance de frais (237) .....	51
d) Vers le secteur social/administratif .....	51
3. Coordonner, accompagner .....	52
4. Rôle du médecin généraliste dans l'éducation et dans la promotion de la santé .....	53
a) Plusieurs types d'éducation .....	53
b) Education à la santé et prévention .....	54
c) Exemples d'éducation et de prévention .....	55
5. Se former .....	56
6. En résumé .....	56
IV. Analyse du parcours de soins .....	57
A. Obstacles identifiés dans le parcours de soins d'un patient en situation de précarité .....	57
1. Obstacles liés aux patients .....	58
a) Obstacles financiers .....	58
b) Obstacles logistiques .....	58
c) Méconnaissances ou fausses croyances .....	59
d) Comportements non adaptés .....	60

e)	Existence de tabous .....	61
2.	Obstacles liés au médecin généraliste.....	61
a)	Restriction d'accès aux soins primaires et secondaires .....	61
b)	Représentations négatives du médecin généraliste au sujet des patients en situation de précarité.....	62
c)	La précarité, un sujet tabou .....	63
d)	Manque de connaissances .....	64
e)	Difficulté dans la communication .....	65
f)	Non prise en compte des déterminants sociaux de santé .....	66
3.	Les obstacles au-delà du médecin généraliste. ....	67
a)	Restrictions d'offres de soins et de prestations sociales .....	67
b)	Obstacles du secteur secondaire .....	68
i	<i>Secteur public/secteur libéral</i> .....	68
ii	<i>Exemples de secteurs secondaires difficiles</i> .....	69
iii	<i>Le secteur psychiatrique</i> .....	70
c)	Le secteur paramédical.....	70
d)	Le secteur social.....	71
e)	Obstacles venant du secteur institutionnel .....	72
i	<i>Pour les médecins</i> .....	72
ii	<i>Pour les patients</i> .....	72
B.	Les leviers existants identifiés.....	73
1.	Les leviers mis en place par le patient .....	73
2.	Les leviers mis en place par le médecin .....	74
a)	Par la levée des tabous .....	74
b)	Par la prise en compte des déterminants sociaux de santé .....	75
c)	Par l'amélioration des compétences en matière de précarité .....	76
d)	Par des compétences élargies .....	76
e)	Par des astuces de logistique.....	77
f)	Par des leviers financiers.....	78
3.	Mise en place par l'Etat.....	78
V.	Les besoins et réflexions sur la médecine générale par rapport à la prise en charge des précaires.....	79
A.	Les besoins recensés .....	79
1.	Besoins de formation.....	79
2.	Besoins d'échanger.....	80
3.	Besoins d'informer les patients .....	80
B.	Réflexions sur la médecine générale et la précarité .....	81
1.	La précarité, un problème de santé publique .....	81
2.	Une médecine à deux vitesses.....	82
3.	Vers une autre médecine .....	82
4.	Vers une revalorisation.....	83
5.	D'autres acteurs .....	83
6.	Le tiers payant généralisé une solution ?.....	83
a)	Les partisans .....	83
b)	Les opposants .....	84
	<b>Discussion</b> .....	<b>85</b>
I.	Forces et faiblesses du travail .....	85
A.	Forces .....	85
1.	Méthode choisie .....	85
2.	Travail en binôme.....	86
3.	Taille et pertinence de l'échantillon .....	86
4.	Réponse à la question de recherche.....	86

B. Faiblesses .....	87
1. Recrutement.....	87
2. Méthode .....	88
3. Saturation des données. ....	89
4. Méthode d'analyse .....	89
II. Mes principaux résultats .....	89
A. Place du médecin généraliste dans le parcours de soins. ....	89
1. Rôle de pivot du médecin généraliste .....	89
2. Différentes typologies de médecins .....	91
3. Les obstacles rencontrés au parcours de soins .....	93
4. Autres rôle du MG .....	94
B. Les déterminants sociaux de santé (DSS).....	96
1. Prise en compte des déterminants sociaux de santé.....	96
2. La précarité, un sujet tabou et difficile.....	97
C. La définition de la précarité, une notion complexe.....	98
D. Les pistes.....	99
<b>Conclusion .....</b>	<b>101</b>
<b>Références bibliographiques .....</b>	<b>102</b>
<b>Annexes.....</b>	<b>106</b>
Annexe 1 : Guide d'entretien, version finale.....	106
Annexe 2 : Lettre envoyée aux médecins généralistes pour les solliciter à participer au focus group.....	108
Annexe 3 : Extrait du focus group1 .....	109
Annexe 4 : livret de codes .....	115
Annexe 5 : les 11 questions du score EPICES ( Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé) .....	122
Annexe 6 : Les sept informations à recueillir auprès du patient.....	123

## RESUME

**Contexte** : Le contact étroit des médecins généralistes avec la population en fait des témoins privilégiés des différences sociales. Or, leur méconnaissance des inégalités sociales de santé implique qu'ils ne les intègrent que trop peu à leur pratique quotidienne.

**Objectifs et méthode** : Le but de ce travail était de décrire le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient en situation précaire avec des droits ouverts. Quatre focus groups étaient menés auprès de 21 médecins généralistes de la région du Nord-Pas-de-Calais. Les entretiens étaient analysés qualitativement selon la méthode de la théorisation ancrée, avec une double lecture réalisée en aveugle.

**Résultats** : S'ils avaient du mal à donner une définition unique et unanime de la précarité, tant il est vrai que la définition en est hétérogène, les médecins interrogés étaient cependant tous capables d'envisager l'ensemble des composantes du modèle bio-psycho-social quand ils étaient confrontés à une situation sociale complexe. Tous confirmaient leur rôle de pivot dans le parcours de soins des patients mais il existait des différences concernant leur accompagnement des patients précaires dans le parcours de soins. Certains affirmaient notamment y jouer un rôle plus soutenu. Ces différences s'expliquaient par leur expérience et la représentation qu'ils se faisaient de la précarité. Tous s'accordaient cependant à dire qu'il s'agissait de prises en charge chronophages. Les possibilités d'orientation des patients restaient souvent subordonnées aux obstacles présents à l'entrée des secteurs secondaire et dentaire. Bien qu'ils avaient conscience de l'influence de la précarité sur la santé, les médecins ne recherchaient pas systématiquement les déterminants sociaux de santé chez leur patient. Ils l'expliquaient soit par le manque de formation, soit par la peur d'être trop intrusifs et/ou « jugeant ».

**Conclusion** : Le médecin généraliste est un acteur clé de la réduction des inégalités sociales de santé. Généraliser la recherche des

caractéristiques psycho-sociales des patients, au même titre que tout autre facteur de risque, permettrait de repérer les patients en situation de vulnérabilité. La sensibilisation et une meilleure formation des médecins généralistes, ainsi que la revalorisation des actes en rapport avec la précarité, seraient nécessaires pour améliorer les prises en charges.

## **AVANT-PROPOS**

Bénévole depuis 5 ans à Médecins du Monde et après avoir orienté ma pratique de médecin généraliste, vers une médecine « humanitaire », j'ai voulu avec ce travail aller plus loin dans ma réflexion sur la précarité en médecine générale.

Prenons-nous en compte les facteurs de la précarité dans nos prises en charges ? Pouvons-nous les améliorer et comment ?

Les patients précaires sont-ils intégrés à la réflexion ? Comment voient-ils la médecine générale ?

Ces multiples questions ne pouvant pas être le fruit d'un seul travail de recherche, nous l'avons divisé en deux parties, menées par deux chercheuses.

Je me suis intéressée aux représentations de la précarité pour les médecins généralistes tandis qu'une autre chercheuse étudiait les représentations de la médecine générale pour les patients précaires.

Les résultats de ces deux études seront présentés conjointement lors de la soutenance.

## INTRODUCTION

### I. Les inégalités sociales de santé (ISS)

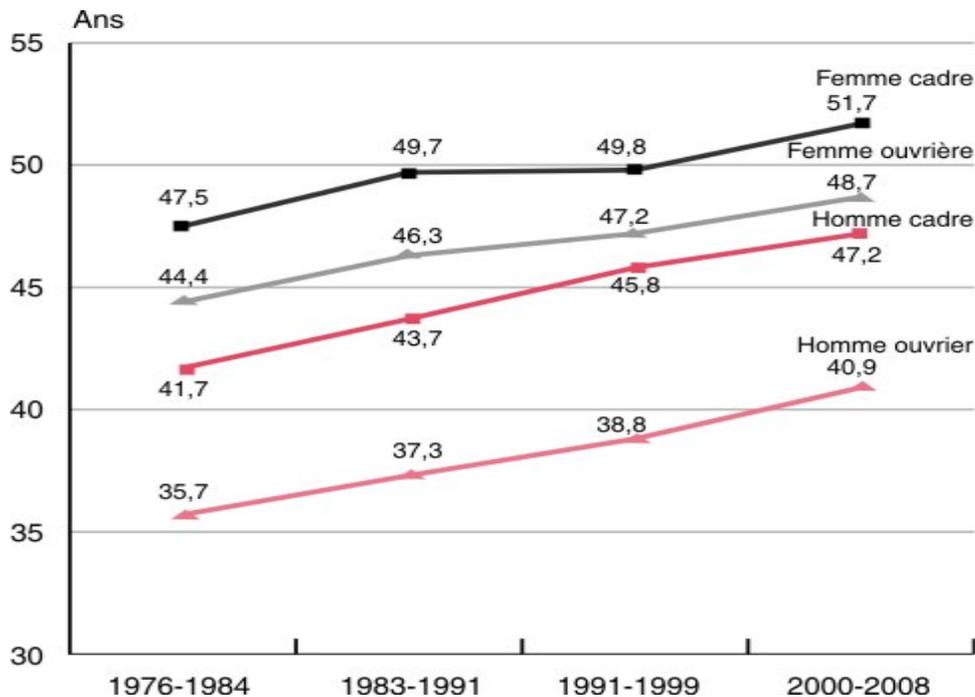
La France est dotée d'un système de santé performant ayant pour but de rendre un accès aux soins universel. Ainsi le rapport de l'OMS (Organisation mondiale) de la santé de 2000 considère le système français comme le « plus performant en termes de dispensation et d'organisation de soins » (1).

En se basant sur les indicateurs habituels, tels que l'espérance de vie à 65 ans, la population française a un bon état de santé. En 2014, l'espérance de vie à la naissance était en moyenne de 85,4 ans pour une femme et 79,2 ans pour un homme (2). Cette augmentation de l'espérance de vie ne profite cependant pas à tous de manière équitable, car dès lors que l'on s'intéresse à la santé en fonction de la classe sociale, ce propos est à nuancer : il apparaît la notion d' « **inégalités sociales de santé** » (ISS).

Ce concept fait référence à la relation entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. À ce jour en France, les ISS se traduisent par une différence « d'espérance de vie à 35 ans » entre les cadres et les ouvriers. Entre 2000 et 2008, les hommes cadres vivent en moyenne 6,3 ans de plus que les ouvriers alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale (3) (figure 1).

### **Figure 1 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers**

Source : Insee, Echantillon démographique permanent.



Certes des facteurs biologiques ou génétiques ne nous rendent pas égaux devant la maladie ; mais les différences de santé au sein d'une population ne sont pas toujours le produit du hasard ou de la seule biologie. Elles s'expliquent aussi par la catégorie socio-professionnelle des individus.

Chacune des catégories socio-professionnelles présente un niveau de mortalité et de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieur : c'est le gradient social (4).

Selon le rapport en 1998 de l'OMS « la santé pour tous », chacun devrait pourtant avoir l'opportunité d'atteindre « son plein potentiel de santé » (5). La question des ISS et de leur réduction devient ainsi de plus en plus présente dans les orientations politiques de santé.

Le gouvernement français a d'abord axé sa politique sur l'accès aux soins aboutissant en 1999 à la création de la couverture maladie universelle (CMU) donnant une égalité dans l'accès aux soins (6).

Les personnes ne dépendant pas du régime général ont alors eu accès à une couverture maladie (CMU) ainsi qu'à une éventuelle complémentaire en cas de

revenus inférieurs à un seuil fixé par le gouvernement (CMUc). Ce dispositif a permis une amélioration dans l'accès aux soins mais de façon non optimale puisque qu'on estime qu'un million de bénéficiaires potentiels ne feraient pas les démarches pour l'obtenir (7).

Il a ensuite fallu attendre le 9 août 2004 et la « loi de santé publique » pour que l'Etat mette en avant la réduction des inégalités sociales de santé (8).

## II. Les déterminants sociaux de la santé (DSS)

Le concept de **déterminants sociaux de la santé** vise à expliquer la transformation des « inégalités sociales de santé » en « inégalités de santé » (4).

L'OMS les définit comme étant « les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent »(9).

Les déterminants sociaux de la santé sont multiples.

Il existe des **déterminants structurels**, liés au contexte socio économique et politique du pays, et des **déterminants dits intermédiaires**.

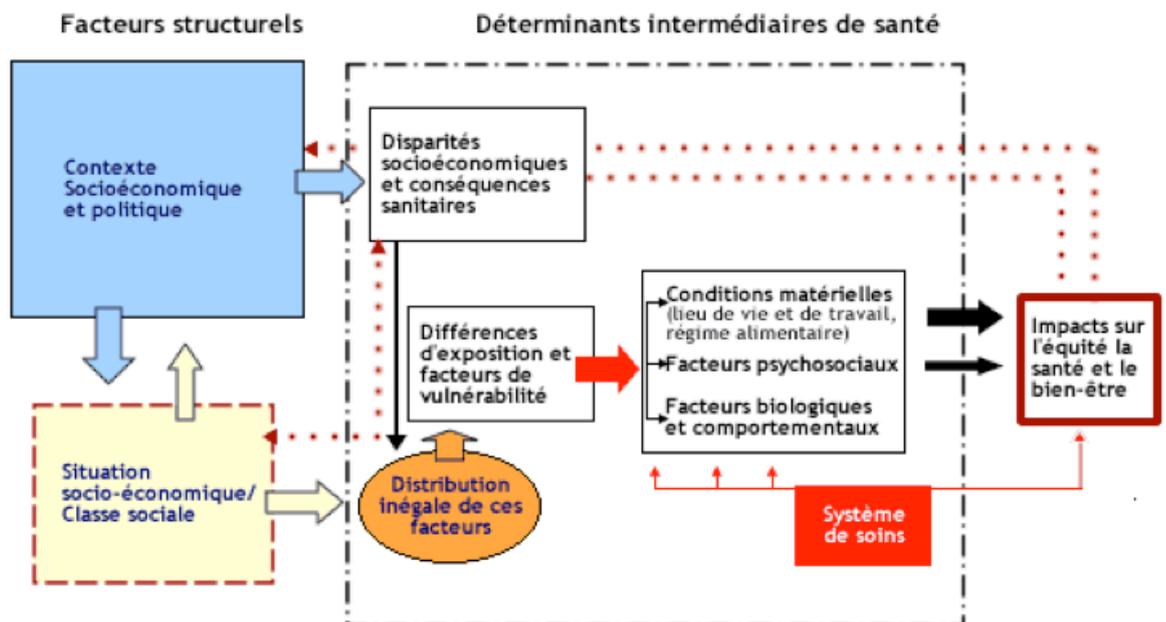
Ces derniers se classent en différentes catégories :

- **Conditions Matérielles** : logement, qualité de quartier, consommation potentielle (moyens financiers d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds...), environnement physique du travail.
- **Facteurs psycho-sociaux** ou **socio-environnementaux** : stress des conditions de vie ou au travail, relations et soutien social.
- **Facteurs comportementaux** : nutrition, activité physique, consommation de tabac et d'alcool.
- **Facteurs biologiques et génétiques**.

Les travaux de O. Solar et A. Irwin (10) illustrent comment les déterminants interagissent sur la santé (Figure 2). Il y est entre autres décrit « l'état de bien être », également présent dans la définition de la santé donnée par l'OMS : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (11). La réduction des ISS passe alors par la prise en compte des déterminants sociaux de santé.

**Figure 2 : Cadre conceptuel des déterminants sociaux de santé**

source : Solar et Irwin (10)



### III. Etat de santé dans le Nord-Pas-de-Calais

En France il existe des disparités régionales avec un gradient Nord-Sud en défaveur du Nord.

L'espérance de vie d'un homme vivant en Ile-de-France est de 77 ans alors qu'elle n'est que de 73 ans pour un homme vivant dans le Nord-Pas-de-Calais (12).

Les indicateurs de santé du Nord-Pas-de-Calais placent la région à la dernière position dans le classement des 22 régions françaises. Il y existe une surmortalité de 40% par rapport à la moyenne française aussi bien pour les hommes que pour les femmes (13).

## IV. ISS et précarité

Le terme de précarité est souvent employé pour pauvreté. Ces deux termes sont pourtant bien différents.

La précarité selon J. Wresinski l'a définie comme étant « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible » (14).

La pauvreté est un état de manque en terme de biens (économiques et de ressources de santé) ou de position sociale. La personne est alors incapable de vivre de la même façon que la moyenne des autres personnes de la société. Le niveau de « biens » est inférieur ou égal au niveau de subsistance minimal.

Selon l'Institut national de la statistique et des études économique (Insee), « Un individu (ou un ménage) est considéré comme pauvre lorsqu'il vit dans un ménage dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté », en utilisant le seuil de 60 % du revenu médian. Ainsi en 2012 un individu est considéré comme pauvre quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 987 euros pour une personne seule (15)

En effet la précarité concerne quantitativement et qualitativement un nombre plus large de personnes et de situations, qui dès lors peuvent s'inscrire dans la question des inégalités sociales de santé.

## V. ISS et médecin généraliste

La médecine générale est au centre du parcours de soins d'un patient.

Les consultations de médecine générale représentent 90 à 95 % des contacts de la population avec le corps médical (16). Son rôle d'acteur de première ligne, de connaissance du patient sur le long terme, de proximité rend le médecin généraliste légitime dans cette réduction des inégalités sociales de santé.

D'autres pays européens (Grande-Bretagne, Suède, Pays-Bas) ont construit leurs politiques de santé sur la réduction des ISS, et ont donné au médecin généraliste un rôle privilégié de « gatekeeper » ou « gardien des droits » (17).

En France, il a fallu attendre la réforme du Médecin Traitant en 2004 pour donner cette place aux médecins généralistes. Au même moment, la création du Diplôme d'Etudes Spécialisées et d'une filière universitaire de médecine générale reconnaissait la spécificité de notre discipline et en faisait une spécialité à part entière.

Une thèse de médecine a montré que les représentations des ISS pour les médecins généralistes sur les inégalités sociales de santé dépendent principalement de l'intégration qu'ils ont du modèle bio-psycho-social dans leur pratique. Même si le plus souvent ils acquièrent ces connaissances de manière empirique (18), les ISS restent peu intégrées dans leur pratique.

Est-ce par méconnaissance ou peur de mal faire que les médecins généralistes ne prennent pas en compte les Déterminants Sociaux de Santé ? Le sujet de la précarité est-il tabou ?

## **OBJECTIFS DE RECHERCHE**

Mon hypothèse de départ était que le médecin généraliste est un acteur clé dans la réduction des inégalités sociales de santé.

En menant cette étude, je tentais de décrire dans un premier temps la place que joue le médecin généraliste, dans sa pratique quotidienne, dans le parcours de soins d'un patient précaire avec des droits ouverts.

En second objectif, je souhaitais identifier les obstacles que le médecin généraliste rencontre dans sa pratique et qui pourraient limiter la prise en charge de ces patients, ainsi que les leviers que l'on pourrait mettre en place.

Au préalable j'étudiais la définition que donnent les médecins généralistes de la précarité.

## **MATERIELS ET METHODES**

### **I. Recherches bibliographiques**

Dans un premier temps je réalisai une première recherche bibliographique avec les mots clés : précarité, médecine générale, parcours de soins, inégalité sociale de santé, CMU, AME (Aide Médicale d'Etat).

Je m'aidai de plusieurs moteurs de recherches tels que Pub Med, Google Scholar, les catalogues du SUDOC et la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) ainsi que celle de Médecins du Monde.

Je l'orientai principalement vers des données françaises car ce sujet est en lien étroit avec les politiques de santé du pays.

Dans un second temps je pratiquai une recherche sur la méthode qualitative.

À la fin de mon recueil de données je complétais ma bibliographie en fonction des résultats que je retrouvais.

### **II. Principe du focus group**

La méthode choisie fut la méthode qualitative par des entretiens collectifs ou focus group.

Le *focus group* est une technique d'entretien de « groupe d'expression et d'entretien dirigé », qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. (19)

Cette technique est apparue dans l'après-guerre aux Etats-Unis dans le domaine du marketing. Il a fallu attendre les années 1980 pour que la recherche universitaire se l'approprie dans des domaines tels que la santé publique ou les sciences sociales. Elle est fréquemment utilisée dans les pays anglo-saxons pour des travaux de recherche en soins primaires.

Son intérêt est qu'elle permet d'évaluer les besoins et les attentes des différents intervenants d'une discussion sur un thème donné. Elle sert à extraire et comprendre leurs opinions dans la dynamique de la discussion et peut mettre en évidence des différences de perspective.

Un focus group se compose habituellement de six à huit personnes et ne doit pas dépasser douze personnes. Les participants se portent volontaires.

L'entretien est animé par un modérateur aidé d'un observateur qui retranscrit les aspects non verbaux et relationnels.

Il faut habituellement trois à quatre entretiens pour envisager l'ensemble des aspects d'un thème. (20)

### **III. Description et réalisation du guide d'entretien**

Le guide d'entretien donna la ligne de conduite et permit de structurer l'entretien. Il se composa de grandes questions avec des questions de relance.

Le guide d'entretien aborda trois thèmes : (annexe 1)

- I) Représentation des patients en situation de précarité pour le médecin généraliste.
- II) Place du médecin généraliste dans le parcours de soins et prise en compte des déterminants sociaux de santé.
- III) Perspectives et besoins pour la prise en charge des patients précaires en médecine générale.

Je commençais l'entretien par la présentation de mon sujet et demandais à chaque participant de se présenter en spécifiant son lieu d'exercice.

Chaque thème était ensuite introduit par une question d'approche puis était spécifié grâce aux questions de relances.

Le premier entretien permit d'évaluer la compréhension des questions et leur capacité à répondre à mes hypothèses.

A sa suite, je changeai seulement le terme de «patient socialement défavorisé », par patient « précaire » pour une question de praticité.

## **IV. Modalité de réalisation des focus group**

### **A. Population**

#### **1. Critères d'inclusion :**

- Médecin Généraliste.
- Ayant au moins eu une expérience dans le milieu libéral
- Dans le Nord-Pas-de-Calais.

#### **2. Critère d'exclusion :**

- Toute personne n'ayant pas validé sa formation de médecine générale.

### **B. Recrutement des médecins généralistes**

Le recrutement se déroula de novembre 2014 à fin décembre 2015.

Je sollicitai dans un premier temps par mail le Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille 3, ainsi que le Département de Médecine Générale de l'université Catholique de Lille (annexe 2) pour qu'ils fassent parvenir une lettre explicative à leurs membres. Je n'obtins aucune réponse.

Dans le même temps j'envoyai un mail à NorAGJIR, syndicat de médecins généralistes remplaçants et de médecins installés depuis moins de cinq ans, pour relayer mon enquête dans leur réseau. Deux médecins me répondirent qu'elles étaient intéressées : l'une exerçait dans la région du Dunkerquois et était remplaçante, l'autre était récemment installée dans la métropole Lilloise.

Je contactai aussi, par lettre puis avec relance téléphonique, cinq médecins du Valenciennois et des Flandres Intérieures (sur les conseils d'un médecin ayant exercé dans ce secteur). Ces cinq médecins refusèrent par manque de temps.

J'utilisai également mon réseau amical et le répertoire de Médecins du Monde.

Les personnes contactées diffusèrent elles-mêmes l'annonce dans leurs réseaux. Un médecin proposa notamment à plusieurs confrères de son groupe de formation continue de participer et ils acceptèrent. Grâce à cet effet « boule de neige », je recrutai 17 médecins.

Je participai aussi en décembre 2015 à un focus group et en profitai pour discuter de ma thèse. Une personne supplémentaire se porta volontaire.

Je profitai d'être en remplacement dans un cabinet de groupe pour proposer aux médecins de participer à mon travail. Un collègue me répondit qu'il aurait bien participé mais plutôt sous la forme d'un entretien individuel, car il aurait été gêné d'aborder ce sujet en groupe.

Pour définir la date et l'heure qui convenaient à tous, j'utilisai le système de calendrier en ligne « Doodle ».

Les focus groups s'organisèrent par zone géographique. C'était une demande des participants éloignés de la métropole lilloise. Deux focus groups se déroulèrent à Lille, un troisième à Dunkerque et le quatrième à Boulogne-sur-Mer.

## **C. Modalité de réalisation**

### **1. Matériel utilisé**

- Un dictaphone
- Deux appareils photos utilisés en mode vidéo.

A chaque début d'entretien, j'informai les médecins de l'enregistrement qui me permettrait de retranscrire au mieux la séance et je précisai le respect de l'anonymat.

## 2. Déroulé de l'entretien

Les jours précédents l'entretien, j'envoyai un mail de rappel aux participants qui demandait de me confirmer leur présence.

Trois entretiens se déroulèrent dans les locaux de Médecins du Monde (Lille et Dunkerque), qui me fut prêtés pour l'occasion et où se trouvait une table de réunion. L'entretien avec le groupe de Boulogne se déroula à l'Institut de Formation en soins infirmiers, lieu où ils avaient l'habitude de se réunir.

Je modérai les focus groups, et l'observatrice était la chercheuse de l'autre étude.

Le deuxième focus groupe étant en nombre restreint, la chercheuse de l'autre étude joua le rôle de compère.

Les entretiens durèrent en moyenne deux heures, sans pause.

Ils se déroulèrent le premier novembre 2014, le 10 décembre, le 17 février et le 19 février.

Les retranscriptions furent réalisées par moi-même, l'investigatrice de l'autre étude et des personnes qui portèrent volontaires. Nous avons réalisé ce travail à l'aide du dictaphone, de l'enregistrement vidéo et des notes prises par l'observatrice. Nous nous attelâmes à retranscrire à la fois le verbal et le non verbal (Annexe 3).

## V. Méthode d'analyse

Je procédai à une analyse par théorisation ancrée (21) qui me permit de faire un « va et vient entre les construits de l'analyse et les données de terrain ». (22)

Je réalisai premièrement une lecture flottante de type intuitif pour ensuite faire une lecture focalisée.

Je pratiquai un codage manuel pour les quatre focus groups. Les verbatims furent découpés en unité de sens, puis regroupées par sous-thèmes et thèmes.

Les données furent organisées à l'aide d'un fichier Microsoft Excel, chaque feuille regroupant les unités de sens avec l'extrait de verbatims correspondant à un focus group.

Un livret de codes émergea, regroupant l'ensemble des unités de sens numérotées de un à 518 (Annexe 4).

Ce codage fut réalisé séparément par moi-même et l'investigatrice de l'autre étude en aveugle, pour ensuite être comparé.

## RESULTATS

### I. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés.

#### A. Description de la population étudiée

##### 1. Effectifs totaux

Vingt-et-un médecins participaient à cette étude et étaient répartis dans quatre focus groups.

Au total sur l'ensemble des focus groups il y avait pratiquement autant de femmes que d'hommes : onze médecins hommes soit 52 % d'hommes et dix médecins femmes soit 48%.

La tranche d'âge des 30-40 ans était la plus représentée avec 14 médecins soit 66% des participants, celle des 50-70 ans était de 33% soit sept médecins.

L'effectif comptait au total huit médecins remplaçant(e)s, soit 38%, 11 médecins installé(e)s soit 52%, un médecin retraité et un médecin hospitalier avec un diplôme de médecine générale, soit 5% pour chaque.

En tout huit médecins exerçaient en milieu semi-rural, soit 67 %, et cinq médecins exerçaient en milieu urbain, soit 33%. Les zones urbaines n'étaient représentées que par des zones urbaines sensibles (ZUS) ou quartiers dits sensibles. Ce résultat incluait seulement les médecins installés et un médecin faisant un remplacement fixe depuis plus de 1 ans.

## 2. Caractéristiques de l'échantillon

Les caractéristiques de l'échantillon sont représentées dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon de l'étude.**

Focus (Lieu) / Docteur	Sexe	Age	Statut (durée)	Lieu d'exercice	Activité complémentaire	Maître de stage (68)	
Focus 1 (Lille)	Dr 1	F	30	Remplaçante (3 ans)	Lille Fives (ZUS)		
	Dr 2	H	32	Hospitalier (3 ans)	Soins palliatifs		
	Dr 3	F	30	Remplaçante (3 ans)	Varié	Planning Familial, SPS	
	Dr 4	H	32	Remplaçant	Varié (Béthune)		
	Dr 5	H	31	Remplaçant	Varié		
Focus 2 (Dunkerque)	Dr 6	H	63	Installé (34 ans)	Grande-Synthe (ZUS)	Planning familial, bénévole MdM	OUI
	Dr 7	F	54	Installée (24 ans)	Bergues (Semi-rural)	Membre du CCAS Intervient dans un IME	OUI
	Dr 8	F	30	Remplaçante (3 ans)	Varié (semi-rural)		
	Compère	F	30	Remplaçante (3 ans)	Varié	Bénévole MdM,	
Focus 3 (Boulogne-sur-Mer)	Dr 9	H	36	Installé	Wimereux (Semi-rural)	Bénévole MdM	OUI
	Dr 10	H	35	Installé	Boulogne sur Mer (ZUS)		NR
	Dr 11	H	63	Installé	Semi-rural		OUI
	Dr 12	H	62	Installé	Etaples (Semi-rural)		OUI
	Dr 13	H	66	Retraité	Semi-rural	Membre du CCAS	OUI
	Dr 14	F	35	Installée	Boulogne (ZUS)		NR
	Dr 15	F	55	Installée	Condette (Semi-rural)		NR
Focus group 4 (Lille)	Dr 16	H	32	Remplaçant (fixe depuis 1 ans)	Lille Fives (ZUS)	Syndicat NorAGJIR	
	Dr 17	F	55	Installée (22ans)	Petite Forêt (semi-rural)		Non
	Dr 18	F	30	Remplaçante (3 ans)	Varié	DU gynécologie	
	Dr 19	F	30	Installée (4 mois)	Lille Fives (ZUS)		Non
	Dr 20	H	30	Installé	Willems (semi-rural)	DU gynécologie DU pédiatrie	Non
	Dr 21	F	30	Remplaçante (3 ans)	Varié		

H : Homme, F : Femme, NR : Non Renseigné, MdM : Médecins du Monde, DU : Diplôme universitaire

## B. Compétences mis en avant par les médecins généralistes

Trois médecins avaient un **diplôme universitaire de gynécologie** (375) et un médecin était habilité à pratiquer des IVG (Interruption Volontaire de Grossesse).

Un médecin avait un **diplôme universitaire de pédiatrie** (376) et un médecin était en cours de validation.

Un médecin soulignait qu'il possédait un **diplôme de médecine générale** (378). Il avait aussi une activité dans un **syndicat** (377) représentant les remplaçants et les jeunes médecins installés depuis moins de cinq ans. Et, il avait aussi des compétences en communication. Il utilisait la programmation neuro linguistique (380).

Un autre médecin mettait en avant **ses compétences en droits des étrangers notamment l'AME (aide médicale d'état), et les droits au sujet des demandeurs d'asiles** (161).

## C. Description de la patientèle

### 1. Caractéristiques de la patientèle

Quelques médecins estimaient **avoir une patientèle précaire** (34). D'autres rencontraient très **peu de patients précaires** (365). Un médecin ajoutait que sa patientèle **était habituée à payer** (366).

Des médecins rencontraient **des « étrangers » sans papiers ayant l'AME** (368), alors que d'autres jamais. (367).

Certains rencontraient des patients **sans aucune couverture santé**, alors que d'autres **jamais** (255) (369).

*Dr 6 : « Moi je choisis les plus pauvres... j'évite pas les précaires. »*

*Dr 20 : « Alors moi j'en ai peu. Là où je suis installé, c'est plutôt de la belle campagne... Alors que moi je suis dans un endroit où on fait très peu de tiers payant, ils payent, ils ont l'habitude, c'est normal... Je n'ai aucun AME. »*

## 2. Sélection de la patientèle

Pour quelques médecins, leur patientèle était le **reflet du bassin de vie** où ils exerçaient (404).

Pour certains, ils sélectionnaient la patientèle **par leurs compétences** et leurs affinités (323). Elle était alors à leur image.

D'autres, choisissaient les patients précaires **suivis par le secteur social** (169).

Certains disaient ne faire **aucune sélection** (480).

*Dr 16 : « C'est que t'as un poids dans le bassin de vie dans lequel tu bosses. Et effectivement y'a des gens que tu peux pas choisir et qui sont là et faut que tu t'en occupes. »*

*Dr 12 : « Je vais vous donner mes statistiques, moi je suis descendu à 3% de CMU alors que je n'ai jamais chassé un CMU, je n'ai jamais refusé, je n'ai jamais cherché non plus à attirer les CMU hein... »*

## D. Sensibilisation à la précarité

Un médecin avait beaucoup **d'activités complémentaires** telles qu'une activité bénévole dans une **association humanitaire (Médecin du Monde)** (158), il faisait des vacances **au planning familial** (159) et était médecin **de main d'œuvre pour le pôle emploi**, anciennement nommé ANPE (Agence Nationale pour l'emploi) (160). Ceci l'avait amené à être **connu par les acteurs sociaux du bassin de vie où il exerçait** (168).

Deux médecins étaient **membres du CCAS** (Centre Communal d'Action Sociale) (156) et un médecin était sensibilisée à la question du **handicap** car elle faisait des vacances dans un IME (Institut Médico-Educatif) (155).

Un médecin relatait avoir été sensibilisé à la question de la précarité **dès les études du second cycle** de médecine (360) et par **son maître de stage lors de son SASPAS** (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoire Supervisé) (361).

Beaucoup **aimaient leurs métiers** (157).

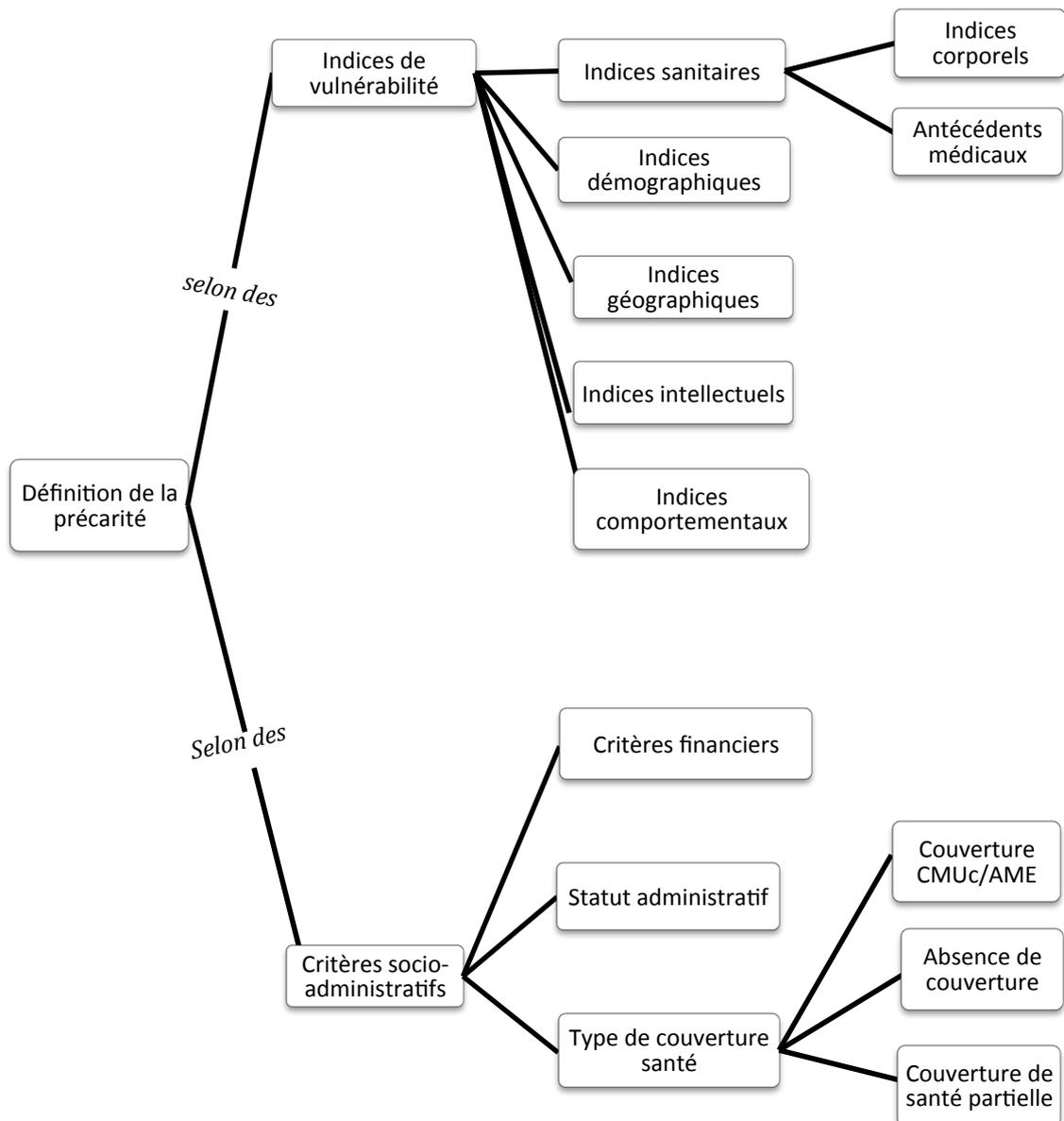
A l'opposé, certains médecins soulevaient que la sensibilité à la précarité dépendait **de la motivation** du praticien (32).

Dr 16 : « Non, c'est ma formation depuis le début, on m'a mis ça depuis la P2 dans la tête. Mais c'est tant mieux, j'ai de la chance quelque part {...} J'ai la chance, grande chance d'avoir eu mon maître de médecine générale qui m'a tout appris en deux mois où j'ai vu toutes ces nuances, il m'avait introduit à toutes ces nuances là. Il était fantastique, cet homme là ! »

## II. La vision de la précarité par le médecin généraliste

### A. Les caractéristiques sociales et indices définissant la précarité

**Figure 3 : Définition de la précarité selon les médecins généralistes**



## 1. Des critères socio-administratifs

### a) Des critères financiers

Tous les médecins citaient le **revenu mensuel (1)**. Le **métier (109)** leurs permettait de l'estimer. Un médecin soulignait aussi la précarité de certains emplois comme les **travailleurs intérimaires (518)**.

Des médecins soulevaient que le salaire ne suffisait pas à définir la précarité. Ils prenaient l'exemple d'un patient qui gagnait un salaire conséquent et qui **n'arrivait pas à gérer son budget (208)**.

Cependant tous les participants mettaient en avant que **la précarité n'était pas synonyme de pauvreté (108)**.

*Dr 3 : « Si on me dit : « Bah je suis couturière à mon compte ! », je sais que ça va pas être quelqu'un qui va avoir des gros revenus. Si on me dit « je suis pharmacienne... »*

*Dr 6 : « On découvre en médecine générale que pauvreté est différent de précarité. »*

### b) Le statut administratif et le type de couverture santé

Les médecins citaient **la situation administrative**. Un patient **en situation irrégulière (21)** était plus précaire qu'un patient avec des papiers. Même si je rappelais en début d'entretien qu'on ne parlait que de patients avec des droits ouverts, les intervenants avaient abordé le sujet car ils se trouvaient fréquemment mis en difficulté.

**Le type de couverture santé** du patient était aussi un indice. Un patient avec la **CMU ou l'AME (3)** était plus souvent considéré comme précaire même si certains médecins soulevaient que le statut CMU seul ne suffisait pas à définir la précarité (45). La plupart des médecins notaient des épisodes **de couverture maladie partielle (26)** ou de **rupture de droits pouvant entraîner des ruptures dans le suivi (2) 179**. Parfois ces situations étaient liées à « l'effet seuil » (12) : les patients dépassant les plafonds d'attribution perdaient la CMUc mais ne pouvaient souscrire à une mutuelle.

Enfin une personne **au chômage (7)** était plus à risque d'être précaire.

Dr 6 : « Et actuellement on est plutôt vers une régression, notamment avec tout ce qui est les problèmes de seuil, et le fait que les gens sont euh... ont beaucoup, beaucoup de mal à bien se soigner à... quand ils sortent de la CMU, quand ils se remettent à travailler, il y a une zone de transition très difficile, très, très difficile. »

Dr 20 : « Mais en fait souvent, ils ont pas leurs droits ouverts aussi, enfin en général, les gens qui ont pas de droits ouverts, ça c'est clair, ils sont précaires. »

## 2. Critères selon les représentations du médecin

### a) Indices démographiques

Les médecins interrogés soulignaient qu'il existait des types de populations plus à risque de précarité que d'autres. Ils citèrent **les enfants** (215), **les personnes âgées isolées** (214) **les familles nombreuses** (381), **les familles monoparentales** (310), **les familles recomposées** (382), **les étudiants** (383), **les adolescents** (177) **les personnes d'origine étrangère** (421), les personnes vivant avec **un handicap** (386).

**La prostitution** (384) était un facteur de précarité inéluctable pour un médecin.

Quelques médecins soulevaient que le **passage à la retraite** (385) pouvait être une situation de vulnérabilité.

Puis certains médecins abordaient l'idée que certains patients **ne seraient vues par personne car ne venant pas consulter** (387).

Dr 20 : « C'est une maman qui est toute seule, qui fait, je sais pas moi, elle gagne un petit SMIC et puis elle a cinq enfants dont elle doit s'occuper tous les jours et elle a le loyer, elle a la bagnole et en gros, c'est chaud, quoi. »

Dr 16 : « Y'a aussi tous ceux qu'on voit pas, que je suis persuadé qu'on voit pas. Qui ont des droits ouverts et ça euh... »

## b) Indices matériels

Certains médecins soulevaient que certains patients précaires **ne mangeaient pas à leur faim** (388). Ils pouvaient s'en rendre compte au cours des visites, lors de l'ouverture du réfrigérateur.

**L'absence de logement** (445) était aussi un indicateur de précarité financière.

*Dr 18 : « Ils ont peut-être d'autres soucis que leur santé. Moi j'ai eu le cas l'autre fois d'un patient qui me réclamait du Fortimel... Enfin voilà, il avait du mal à se nourrir et voilà. »*

## c) Indices sur le parcours de vie et facteurs psycho sociaux

**L'isolement social** (393) et **familial** (8) rendaient les personnes précaires. Il existait des **parcours de vie chaotiques** (66) ou des **situations familiales difficiles** (312). Un seul médecin, évoquait que le fait d'avoir **des enfants placés** (496) était un indice de précarité.

*Dr 7 : « Elle était partie en week-end, c'était le père pour, enfin trafic de complications pour amener le gosse à l'école, bien sûr le père ne s'est pas levé, il n'a pas été amené et c'est elle qui se fait engueuler quand elle revient. »*

*Dr 10 : « La précarité financière, elle existe réellement encore, dans notre quartier je vois les familles nombreuses, encore récemment une famille de neuf enfants, la moitié placée, une fois je les ai vus en visite alors que je ne les voyais jamais... »*

#### d) Indices intellectuels

Les participants insistent tous sur la notion de **précarité intellectuelle** (199) pouvant se manifester par un **lexique pauvre** (198), voire de **l'analphabétisme** (191). Un médecin ajoutait que c'étaient « des gens **qui lisaient peu** » (285).

*Dr 6 : « Ils ne lisent pas beaucoup en dehors de la Voix du Nord et encore quand c'est écrit gros, ils lisent les gros titres {...}. »*

*Dr 9 : « Euh, je parlerai de précarité intellectuelle, parce que par contre on a des gens partout dans la région, même en France on a un niveau intellectuel qui est parfois défaillant, au sens de compréhension de ce... On a beau essayer d'adapter le langage, on a quand même l'impression que ça passe pas forcément bien {...}. »*

#### e) Indices comportementaux

Certains médecins soulignaient que les personnes en situation de précarité avaient une **mauvaise hygiène de vie** dont de mauvaises habitudes alimentaires (196).

D'autres notaient un **rythme de vie désorganisé** (309) plutôt chez les chômeurs.

Ils retrouvaient souvent **des logements insalubres** (37) et constataient de la **promiscuité** (216). Parfois les personnes précaires **ne dormaient pas toutes dans un lit** (218).

Pour un médecin, une personne avec **des conduites sexuelles à risque** (389) était un indice de facteur de précarité.

*Dr 6 : « Leur repas c'est pâtes, frites, pâtes, frites, pâtes, frites et puis le samedi, si c'est bien « on est allé manger une pizza ou on a été au kebab. »*

*Dr 7 : « Il pissait dans des pots et voilà il installait les pots, au fur et à mesure, il mettait des couvercles et il écoutait de la grande musique {...} Je ne sais pas quand est-ce que le drap avait été changé, le fils qui dormait dans la même pièce parce que... Euh, bah, il y avait des pièces au-dessus hein, tout était possible d'aménager mais ils vivaient dans une pièce fermée, la cuisine d'ailleurs parce qu'il y avait le coin cuisine et euh... C'était une horreur, c'était une horreur cette pièce et il n'y avait plus moyen de passer c'était... »*

## f) Indices sanitaires

### i Indices corporels

La **mauvaise hygiène corporelle** (38) et le **type de vêtements** (49) portés étaient des indices. Les odeurs les aidaient aussi à repérer une personne en situation de précarité comme par exemple **des odeurs de friture** (69) ou **des mauvaises odeurs corporelles** (42). Quelques médecins mettaient en avant le **mauvais état dentaire** (197) des populations précaires.

*Dr 4 : « N'avaient pas vu une douche ou un bain depuis des semaines voire des mois... »*

*Dr 6 : « J'ai du nez, je sens qui a fumé et je sens qui a mangé des frites le midi. Je sens parce que leurs vêtements sentent les frites {...} C'est vrai, qu'on ouvre la bouche, on voit tout de suite dans quelle catégorie sociale ils sont. »*

### ii Antécédents médicaux

La **maladie** (390) pouvait entraîner la personne dans la précarité. Les médecins le rencontraient plus fréquemment chez des personnes atteintes de **pathologies psychiatriques** (9) associées ou non à **des dépendances** (Drogues, alcool) (35). Ils le constataient aussi chez les personnes âgées avec des troubles cognitifs (103) ou avec une perte d'autonomie (254). Un médecin disait que **la chute de la personne âgée** (392) pouvait être révélatrice de situation de précarité. **La fin de vie** (391) était aussi une situation précaire.

*Dr 21 : « Moi je pense qu'ils sont tous précaires pour le coup les toxicomanes parce que le peu de sous qu'ils ont, ils le dépensent dans la consommation, donc ils se retrouvent sans argent tous... »*

### g) Indices géographiques

Pour certains médecins, **la précarité était partout** (33). Alors que d'autres participants pensaient que la précarité touchait plus le **secteur urbain**, d'autres identifiaient plus une précarité **en secteur rural**. Cette dernière touchait plus fréquemment **les personnes âgées** qui se retrouvaient isolées des aides matérielles et humaines (19) (209) (356).

Dr 4 : « *Pas qu'à Béthune, on va prendre justement la globalité des remplacements que j'ai pu faire, j'ai jamais fait aucun remplacement que ça soit dans des zones prout prout ou des zones précaires où il n'y avait pas de précarité en fait, il y a en a toujours eu, et il y en a partout !* »

Dr 8 : « *Mais géographiquement ils sont tellement perdus que du coup ils n'y arrivent pas, enfin les aides ne viendront jamais jusqu'à eux ou... Alors je ne dis pas que le réseau d'aide social fonctionne moins bien en campagne.* »

### h) En résumé

Les médecins décrivaient la précarité comme **un cumul de vulnérabilités** (6) avec **différents niveaux** (353). D'autres définissaient un patient précaire comme une personne qui **serait en danger** (356). D'autres ressentait **une difficulté à définir la précarité** (394).

Puis d'autres, **s'interrogeaient** : Les patients avaient-ils conscience de leur situation précaire (396) ?

Les différents critères décrits par les participants sont représentés dans la figure 2.

Quelques médecins comparaient la précarité comme une situation qui ne permettrait pas au patient d'accéder à un **état de bien être** (395).

Modérateur : « *Pour vous qu'est ce que c'est un patient précaire ?* »

Dr 2 : « *Ça peut-être parfois des cumuls de pleins de vulnérabilités qui font après une fragilité.* »

Dr 11 : « *En danger pour moi.* »

Dr 17 : « *Alors voilà, c'est qu'est-ce qu'on entend par précaire ?* »

Dr 21 : « Je trouve, y'a aussi la notion de comment eux... Enfin, est-ce que eux se sentent précaires ou pas. »

## B. Rapport de la précarité sur la santé

Beaucoup accordaient la précarité comme **un facteur de risque de mauvaise santé** (402) pouvant **influencer sur le parcours de soins** du patient (27).

Un médecin envisageait la précarité comme une « **maladie** » (403).

Dr 21 : « Disons que leurs situations de précarité font qu'ils sont peut-être plus à même de faire des problèmes médicaux. »

Dr 2 : « On pense que si le patient avait eu un autre milieu social il n'aurait pas eu le même parcours. »

Dr 20 : « Moi je vois le problème de la précarité presque comme une pathologie en fait {...}. »

## C. Abord du soin par le patient en situation de précarité

### 1. Abord des soins primaires

Les médecins trouvaient que les patients consultaient plus pour une **pathologie aiguë, ils venaient lorsqu'ils ressentait un symptôme** (112) (113). Les motifs pouvaient être **graves ou urgents**, les médecins avaient l'impression que les soins avaient été retardés (54) (25).

Certains médecins évoquaient des consultations avec **des motifs multiples** (55) mais un médecin contestait cette idée, arguant que cette situation ne se retrouvait pas seulement chez les patients précaires. Des médecins soulevaient qu'ils **consultaient à plusieurs** sur le même créneau horaire (533).

Puis des médecins pensaient que les patients précaires n'attendaient qu'une **prise en charge biomédicale** avec une **consultation rapide** et un **traitement médicamenteux efficace** (201), (202), (269). Un médecin le qualifiait de « **médecine magique** » se fondant sur l'idéal d'une médecine toute puissante (13).

Un autre médecin mentionnait qu'ils **avaient des demandes médicales simples** (332).

*Dr 17 : « Les toux c'est pareil, première radio, on retrouve un néo, ils ont jamais consulté quoi {...}. »*

*Dr 8 : « Ils ont besoin d'un truc, un traitement ça doit marcher et ça doit être remboursé. »*

## 2. Une conception de la santé différente

Les médecins pensaient que pour les patients précaires la santé n'était **pas une priorité** (430).

Il existait **une différence** entre ce que les patients ressentaient et ce que connaissait le professionnel de santé (58).

*Dr 1 : « Entre ce qu'il perçoit et ce que toi tu sais en tant que médecin t'arrives pas à... A ce qu'il voit son intérêt comme toi tu vois son intérêt en fait... »*

## 3. Et les croyances

Les participants du premier focus group pensaient que les patients doutaient de la médecine et avaient **de fausses croyances** (63). Les patients avaient **peur de la maladie** (406). Ils étaient **plus réticents à venir consulter** ce qui leurs demandait à faire **des efforts pour venir en consultation** (51) (71).

*Dr 3 : « Ah ouais mais non mais untel il était à l'hôpital il est mort {...}. Y'a pas que ça mais c'est plus fréquent avec eux. »*

*Dr 4 : « Quand tu dis ça : « Bon, on va se voir régulièrement, il va falloir plusieurs consultations ! », « Ah non, non, non, non, non. On gère tout là ! » Voilà, c'est tout, c'est fait. Ils ont déjà fait l'effort de venir. »*

## D. Relation médecin/patient en situation de précarité

Certains médecins **valorisaient le patient** (263). Pour d'autres c'était un échange **d'égal à égal**, une forme de contrat (302). La plupart des médecins estimaient être **plus autoritaires envers les patients précaires** (70) et mettaient un **cadre** (72). D'autres s'adaptaient aux situations et étaient **plus souple** (75).

Certains développaient l'idée d'**une relation de confiance plus forte qu'avec un autre patient** (122). Quelques uns attendaient une **reconnaissance** de la part du patient. Certains mettaient en avant **l'aspect gratifiant** d'aider une personne en situation de précarité (119) (120). Les participants soulevaient l'importance **de l'approche humaniste** (184).

D'autres allaient au delà de leur rôle. Un médecin connaissait un médecin qui **prêtait de l'argent** à ces patients (17). Un autre participant soulevait que parfois le médecin restait **le seul lien social** de la personne en situation de précarité (399). Le médecin reprenait alors son **rôle de citoyen** (485).

*Dr 6 : « Quand il y a des anomalies répétées, on intervient un peu plus comment dire, avec un tout petit peu plus d'autorité. »*

*Dr 1 : « Moi ça m'a demandé d'être plus souple... Et qui donc selon son état, vient ou vient pas mais que je sais qui est psychiatrique donc je suis plus tolérante. »*

*Dr 16 : « Et effectivement dans ces cas-là, juste solliciter un kiné et lui dire : « Allez, tu seras content de te raser demain matin parce que t'auras fait une bonne action. ». »*

### III. Le parcours de soins d'un patient précaire

#### A. Description d'une consultation

##### 1. Une nécessité de s'adapter

Les médecins pensaient qu'il était nécessaire de **s'adapter** avec un patient en situation de précarité.

Pour beaucoup, il s'agissait de **savoir hiérarchiser les problèmes** (401) en ne passant **qu'un message à la fois**, à **chaque consultation** (203) (476) et de **savoir répéter les choses quand nécessaire** (400).

Des médecins estimaient **donner plus d'explications à ces patients** (132) et **être plus à l'écoute** (517). Ils devaient être parfois **plus ingénieux** (143).

Ils adaptaient le plus souvent **leur langage** (121) pour améliorer la compréhension de la consultation.

Un médecin disait **ne pas faire de différence** entre les patients (109).

*Dr 13 : « La pédagogie, c'est l'art de répéter sans cesse les mêmes messages simples. »*

*Dr 19 : « C'est vraiment les accompagner, leur expliquer et encore plus qu'avec un autre patient en fait. »*

*Dr 17 : « Mais ça on le fait pour tous ! Pas seulement pour les précaires... Oui, ça tu le fais pour tout le monde... »*

##### 2. Une question de temporalité

Tous étaient unanimes pour dire que les consultations **demandaient toujours plus de temps** avec les patients en situation de précarité (31). Un médecin objectait que **ce n'était pas systématiquement une spécificité** (491). Globalement ils pensaient **consacrer le temps nécessaire** aux patients précaires si besoin (264).

Dr 19 : « Aujourd'hui on nous laisse pas trop la possibilité de gérer tout ce qui est un peu problèmes de précarité sociale parce que c'est chronophage. »

Dr 13 : « Le plus chronophage que j'avais était un ingénieur hypocondriaque. »

### 3. Imbrication du problème social dans le problème médical (407)

Les médecins rencontraient souvent des patients avec **des motifs flous** et **imprécis** (193) ou des **motifs de souffrance morale** (408). La souffrance morale pouvait cacher un problème social ou financier (181) (408).

Parfois **certain motifs médicaux étaient révélateurs d'urgence sociale** (104).

Dr 8 : « Des fois on comprend pas la fin tant qu'on n'a pas réussi à éclaircir, mais c'est quoi, ça correspond à rien, et il y a le petit indice à la fin, on se dit : « Ah d'accord ! » ; toute la consultation n'a servi à rien, il y avait une autre demande. »

Dr 21 : « Moi je trouve ça très imbriqué dans les problèmes médicaux, en fait.

{...} Dans le problème de précarité y'a un problème social mais y'a clairement des problèmes médicaux et pour moi on est là aussi pour régler les problèmes médicaux, et les problèmes sociaux, bon bah c'est, on peut orienter mais pas forcément les prendre en charge quoi. Mais dans la précarité ça inclut tout ça quoi. »

### 4. Adapter sa prise en charge

Les médecins faisaient en sorte de **prescrire des médicaments remboursés** (204).

Pour certains, une situation très précaire pouvait être un **critère d'hospitalisation** (29) notamment lorsque cela concernait **un enfant** (77) et qu'ils **doutaient des compétences** des parents pour l'observance thérapeutique et le suivi (79).

Pour améliorer le suivi, ils mettaient aussi en place **des reports de consultation systématiques** (300).

Ils indiquaient aussi ressentir **plus le besoin de négocier** (56).

Dr 7 : « Et pareil en général je m'arrange pour ne pas leur proposer des choses non remboursées, des choses qu'ils doivent acheter. »

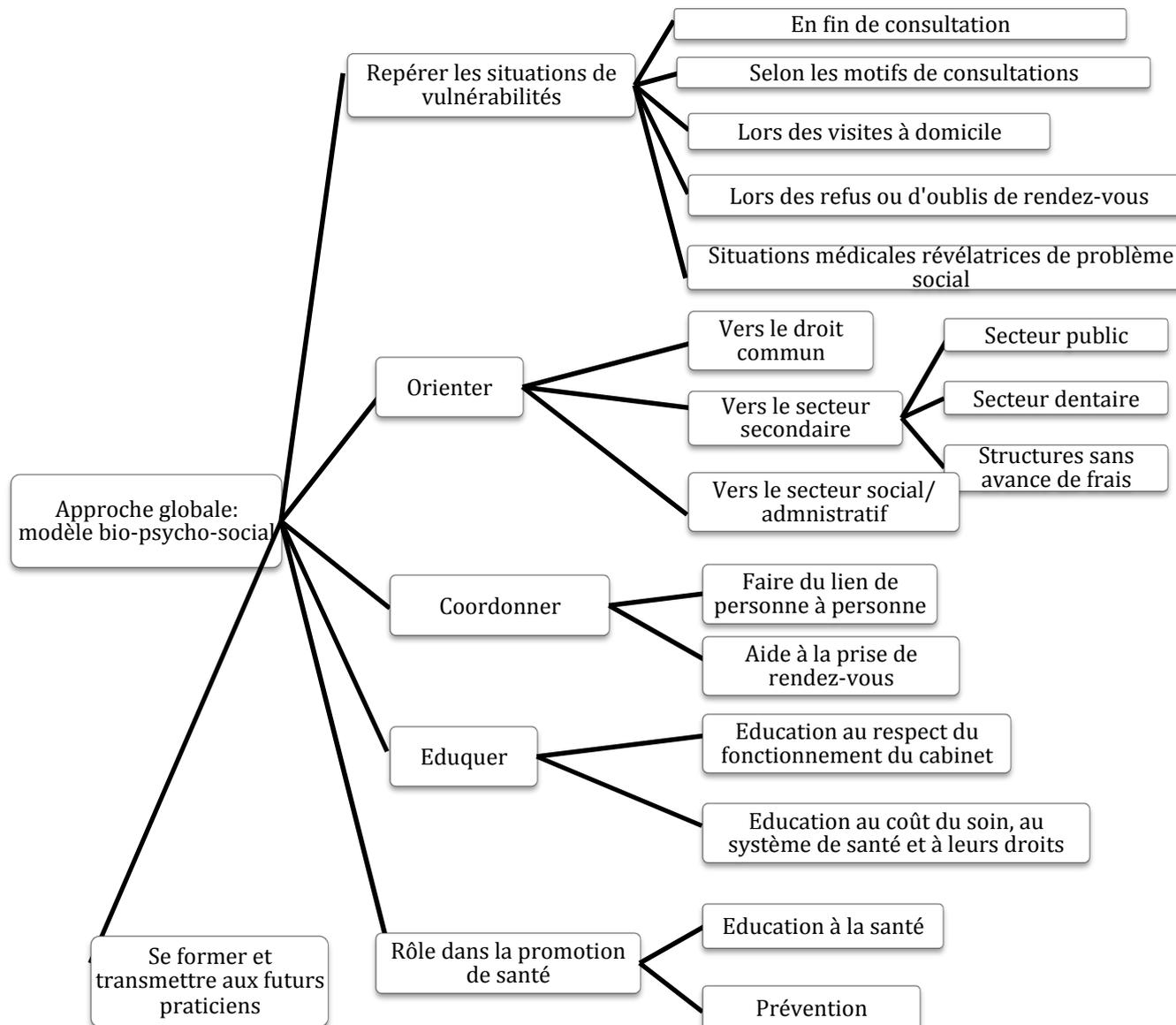
Dr 1 : « Je pense que c'est quand il y a un danger médical et qu'on a l'impression que les parents de l'enfant par exemple ne vont pas pouvoir surveiller correctement... »

Dr 6 : « Alors il y a des quantités de gens qui ne savent pas gérer justement le temps et l'agenda etc. Et, à qui je fais du report systématique. »

## B. Description du rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins d'un patient en situation de précarité

La question principale de la thèse était de définir le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins d'un patient en situation de précarité. Chaque médecin avait donné son avis sur le rôle qu'il devait jouer.

**Figure 4 : Rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins**



## 1. Repérer un patient en situation de vulnérabilité

### a) Rechercher les caractéristiques sociales

Les médecins s'accordaient tous sur le fait qu'il était important de **repérer la personne précaire** (409). Certains médecins disaient **rechercher spontanément** les caractéristiques sociales (10) alors que d'autres ne le faisaient pas et s'y intéressaient seulement si la situation le demandait (101).

Un médecin n'hésitait pas, en cas de doute, à demander **s'il existait des difficultés financières** (167).

Un médecin trouvait que les patients **n'étaient pas offensés** lorsqu' il leurs posait des questions sur leurs caractéristiques sociales (411).

*Dr 16 : « Quelqu'un qui pue le fennec que je connais pas, qui m'a l'air un peu renfrogné, je vais lui dire : « Est-ce que vous vivez avec quelqu'un ? Comment vous vivez ? Dans quelle situation vous vivez ? Est-ce que vous avez de la famille, est-ce que y'a des gens qui passent ? Je cherche chez quasiment tout le monde... Euh... rechercher ces critères de précarité, généralement ils sont tous très contents. Ca se passe toujours. »*

*Dr 7 : « C'est vrai que moi j'ai l'avantage normalement de connaître la clientèle euh... Mais c'est vrai qu'il y a des gens qui deviennent dans la précarité, et je dirais qu'il y en a qui n'osent pas dire qu'ils ont la CMU, y a en qui n'osent pas... C'est rigolo cette démarche que... Les gens au départ vous payent normalement et puis tout d'un coup disent : « J'ai oublié mon chéquier ! », et puis la fois suivante, ça arrive pour certaines situations, le chèque, ils ont pas osé vous le dire, le chèque il est, il est de bois, en fait et puis d'un coup : « Dites-le, dites que ça va pas , dites que... » Et en fait : « Oui mais j'osais pas, je voulais pas, je savais pas ! », voilà on arrive à cette situation-là progressivement. »*

### b) Comment repérer les indices de vulnérabilité ?

Certains indices aidaient les médecins à repérer un patient en situation de précarité. À chaque temps de la consultation, ils devaient être attentifs. Un médecin soulevait **l'importance du langage non verbal** (354).

*Dr 12 : « Quand je dis à quelque qu'un : « Comment allez vous ? » ; mais je lui dis « Comment allez vous ? », dans le sens que je dis ... , il y a quelque chose qui va pas, il y a quelque chose qui me chagrine, je sais pas trop, c'est pas toujours très net. Quand on connaît les gens, quand on les voit déambuler, parler. »*

### ***i En fin de consultation***

La fin de la consultation était souvent le moment où les médecins indiquaient remarquer l'état de précarité du patient.

**Au moment du paiement**, certains annonçaient spontanément **une difficulté de paiement** (5). Parfois ne pouvant pas payer la consultation, le patient demandait de faire jouer le ticket modérateur ou de **différer le paiement** (13).

Si le patient **demandait au médecin de remplir son chèque** (497), celui-ci le considérait comme un indice de fragilité intellectuelle.

Les informations **contenues sur la carte Vitale** (4) renseignait sur le statut de couverture-maladie du patient. Effectivement **le type de statut et la validité des droits** sont renseignés sur la carte (190).

*Dr 20 : « Puis après, j'en ai qui vont jusqu'à me dire, alors très peu : « Est-ce-que je peux vous payer la prochaine fois ? Il faut que j'attende d'avoir mon salaire. ». »*

*Dr 9 : « Quand il te demande de remplir le chèque... Le chèque est pré-signé par quelqu'un d'autre. »*

*Dr 1 : « Au moment de passer la carte... Quand on remplace on s'en rend compte à la fin. »*

### ***ii Selon les motifs de consultations***

Des **demandes répétées**, notamment de certificats, alertaient les médecins de l'état de précarité, par exemple **des certificats de complaisance** (308) ou **d'absence scolaire** (307). Ceci traduisait des situations de fragilité. Ces situations étaient **difficiles à repérer** pour les remplaçants (271).

Dr 6 : « Comme par exemple quand on a, ça fait quatre fois où on nous demande de faire un certificat pour une absence scolaire et qu'on nous le fait faire au bout du quatrième ou cinquième jour consécutif, on ne sait pas du tout ce qui s'est passé et que... On trouve que, soit les parents n'aiment pas l'école, ou soit c'est l'enfant mais... »

Dr 8 : « Nous en remplacement, ces demandes là on les fait mais on ne sait pas si c'est une exception ou si ça se cumule... »

### **iii Lors des visites à domicile**

**La visite à domicile** (36) était pour les médecins un moyen très précieux pour connaître le contexte dans lequel vivait leurs patients. Le groupe trois soulevait le problème que faisant **moins de visites** (363), il **perdait cette source d'informations** (438).

Dr 20 : « Ouais, moi je voudrais revenir sur les visites à domicile. Je trouve qu'on se rend vraiment compte de ce comment vivent les gens quand on va chez eux. »

Dr 11 : « On soigne un sujet sorti de son contexte. »

### **iv Lors de refus ou d'oublis de rendez-vous**

Les médecins du groupe 3 abordaient le problème **des refus d'arrêts de travail** (449) qui sous-tendait que la personne était mise en difficulté financière si elle s'arrêtait.

Un médecin repérait des fragilités **lors des manquements de rendez-vous** (298). Un autre soulevait **le problème des perdus de vue** (502).

Dr 6 : « Et puis le rendez-vous permet aussi de voir par rapport à des gens fragiles, s'apercevoir qu'ils ne sont pas venus eux, alors que sinon on ne s'en aperçoit pas, et du coup de s'inquiéter. »

Dr 15 : « Je pense à un couple qui était hum, très cultivé, qui venait euh, je soignais que euh la dame, la dame qui venait au cabinet, elle prenait toujours rendez-vous puis après euh, pas très souvent, elle avait un simple médicament, bon je faisais le renouvellement pour trois mois, quelqu'un qui conduisait, qui semblait très autonome et puis après, je me disais tiens ça fait un moment que je ne l'ai pas vue... Mais bon après tu... C'est pareil, les patients ont le droit d'aller voir ailleurs et je me suis dit, donc c'est tout elle est partie voir quelqu'un d'autre. Et en fait non, mais elle a... Bah elle est rentrée dans une démence... »

#### **v Selon des situations médicales révélatrices de problème social**

Les médecins remarquaient l'état de précarité de certains patients âgés dès lors qu'ils étaient confrontés à des **problèmes de maintien à domicile** (504). Cela pouvait concerner des personnes qu'ils **suivaient régulièrement** en visite (506).

Le fait d'avoir un enfant suivi en PMI (244) orientait le médecin vers une situation plus précaire. Aussi, des médecins témoignaient qu'ils étaient parfois confrontés à suspecter de la maltraitance chez certain et de devoir le signaler (213).

Dr 7 : « Enfin après du coup on juge sur une apparence, des aprioris, savoir si les gens sont précaires, on a alors c'est sûr si sur le carnet de santé il y a 50 consultations de PMI, bon bien c'est bien, c'est réglé, ils ont... »

#### **vi Lorsqu'on les sollicite**

Il y avait également des situations où le médecin n'avait pas détecté les fragilités et où **l'entourage proche, le voisinage, ou le secteur social pouvaient le solliciter** (90) (195) (212). Pour un médecin, ce repérage serait **plus facile en ville** car les personnes seraient moins isolées à la différence des patients vivant en milieu rural (211).

Il pouvait s'agir de situations **extrêmement difficiles à repérer** si le médecin ne posait pas systématiquement **la question** (116).

## 2. Orientation dans le parcours de soins

Les médecins s'accordaient tous sur le fait que leurs rôles était **d'orienter** (412) et **d'adapter le parcours de soins en fonction des caractéristiques sociales** (11).

*Dr 16 : « C'est peut-être une petite marotte, mais on doit surtout savoir orienter, quoi, vérifier l'urgence, orienter et s'appuyer sur le spécialiste, vulgariser, etc. »*

*Dr 19 : « Parce que souvent la première fois que je propose quelque chose, ça va pas forcément se faire, etc. C'est en essayant de reparler du problème fréquemment, en essayant de comprendre qu'est ce qui peut-être un frein pour aller voir un spécialiste, aller voir l'assistante sociale etc. »*

### a) Les moyens utilisés pour orienter un patient précaire

Les médecins utilisaient **les réseaux** existants de leur secteur (99), tels que les réseaux d'addictologie, de toxicomanie, de soins palliatifs. L'un d'eux, soulevait le problème que ces réseaux fonctionnent **par pathologie** (125).

Ils indiquaient aussi utiliser leur carnet d'adresses qui faisait office **de réseaux informels** (242) : un outil constitué au fil du temps et amélioré grâce **aux retours** des patients (283). Ils faisaient remarquer qu'ils utilisaient des « **astuces** » pour essayer de prendre en charge certains soins gratuitement, qui en temps normal auraient nécessité une avance de frais (281).

Certains médecins connaissaient **les intervenants sociaux** à contacter alors que souvent les jeunes médecins **les connaissaient très peu, voire pas du tout** (96), (97).

*Dr 6 : « Mais ce que je veux dire, c'est que le carnet d'adresses pour moi, c'est aussi important qu'un stéthoscope {...} Euh oui, bin quelques fois je leur demande après : « Il vous a fait quoi ? Combien de temps ça a duré ? Et vous étiez tout seul ou pas ? » Je suis un peu le contrôleur du collègue. »*

*Dr 1 : « Mais quelqu'un qui est nu de toute prise en charge sociale je ne sais pas vers qui l'envoyer, je sais pas comment faire. »*

## b) Oriente vers...

Pour quelques médecins, l'une des premières choses à faire face à un patient précaire était de l'orienter **vers le droit commun** (415).

Certains **laissaient** au patient le choix de son parcours tout en l'informant des limites (231) et d'autres les **orientaient systématiquement** (280) vers des personnes ou des **structures compétentes et sensibilisées** (241).

Pour certains médecins, l'accès aux soins pour les patients détenant une CMUc était **sans difficulté** (434).

*Dr 16 : « Déjà vérifier s'ils ont une accessibilité aux soins. Moi je reviens toujours sur la question des droits ouverts. C'est ouvrir les droits... »*

*Dr 7 : « Ah non, mais je laisse les gens choisir... Je préviens parce que je sais qu'une situation comme Dr 6 décrivait tout à l'heure, je sais que je ne veux pas qu'ils la subissent parce que c'est quand même un affront. »*

*Dr 17 : « Parce que tous ceux qui ont la CMU, l'AME j'en ai pas, les autres ben oui ils sont dans le parcours de soin. Il suffit qu'on fasse une lettre et puis c'est tout. Il suffit qu'on les adresse. »*

## c) Vers le secteur secondaire

### i Secteur public

Nombreux parmi les médecins étaient ceux qui orientaient vers les **consultations publiques de l'hôpital** (80), même s'ils reconnaissaient que les temps d'attentes étaient **extrêmement long** (82).

Pourtant les patients avaient une **vision positive des cliniques privées** (229).

*Dr 3 : « Après, moi je vais dire pour l'orientation vers des spécialistes {...} Pour les patients qui n'ont pas de, qui ont un revenu moindre, je vais leur dire de prendre rendez-vous à l'hôpital. »*

*Dr 20 : « Moi le record du mois, c'est avec le Dr L. pour la migraine au CHR, en secteur public, c'est un an et demi, deux ans ! Et en privé, c'est entre un mois et deux mois, quoi. »*

## ii Secteur dentaire

Un seul médecin soulevait qu'il n'existait **aucune difficulté pour les soins dentaires** des patients possédant la CMUc (446).

Dr 20 : « Pour moi chez le dentiste, les CMU ne sont absolument pas précaires. Parce qu'un CMU qui va chez n'importe quel dentiste, il a tous les soins, y compris les couronnes, il avance pas les frais, il ne paye pas. »

## iii Utilisation de structures sans avance de frais (237)

Certains médecins faisaient appel à **la PMI** pour sa **mission de prévention et le suivi de grossesse** (238) (246). Ils orientaient aussi vers **le planning familial** (318) pour les suivis gynécologiques.

Ils orientaient **vers le CMP** (Centre médico-psychologique) (240) pour les problèmes d'ordres psychologiques ou psychiatriques.

Un médecin utilisait **la PASS** (Permanence d'Accès aux Soins de Santé) lorsque les droits des patients n'étaient pas à jour (239).

Des médecins s'aidaient aussi **des services de prévention santé** (SPS) qui étaient orientés vers les problématiques de la précarité (413).

## d) Vers le secteur social/administratif

Pratiquement tous indiquaient orienter les patients précaires vers **le secteur social**, et citaient **le CCAS** (100), (248). Effectivement, lorsqu'ils avaient un problème social ou lorsqu'il était nécessaire de faire **valoir des droits** (182), ils orientaient vers le CCAS.

Un médecin citait **l'UTPAS**. (Unités Territoriales de Prévention et d'Action Sociale)

Certains connaissaient le **CLIC** (Centre local d'Information et de Coordination) mais un médecin évoquait qu'elle avait mis des mois à comprendre comment cela fonctionnait (253).

Les médecins remplaçants faisaient appel à **une assistante sociale seulement s'il existait déjà un suivi** (251).

Les médecins ainsi que les remplaçants trouvaient plus facile **de solliciter le secteur social pour des problèmes de perte d'autonomie des personnes âgées** (252).

Un médecin trouvait que les ressources sociales **étaient plus nombreuses à l'hôpital** (30) et qu'il était plus difficile de gérer les problèmes d'ordre social en médecine de ville (28).

*Dr 21 : « Mais ça m'a pris huit mois pour comprendre, quoi... Que c'était comme ça, quoi ! Ce que c'était que le CLIC et ce que c'était que le... Tout ça là ! »*

*Dr 5 : « L'hôpital a plus de ressources que nous... Non, je voulais dire justement quand on envoie à l'hôpital, on dit que c'est vraiment la globalité qui va être euh, on va prendre aussi le patient en charge sur le plan social, il y a toutes les ressources à l'hôpital et qu'en ville ça va être compliqué. »*

*Dr 13 : « Je me suis jamais pris pour une assistante sociale mais j'ai souvent envoyé vers les assistantes sociales autant que de besoin. »*

### 3. Coordonner, accompagner

**Pour certains médecins le rôle de coordinateur** (416) était plus important car ils doivent savoir **accompagner** (417) le patient dans le système de soins et bien coordonner les différents **intervenants du secteur médico-social** (91).

Certains accompagnaient les patients en faisant **du lien de personne à personne** par exemple vers d'autres confrères ou vers les institutions administratives (249) (311).

D'autres n'hésitaient pas **à prendre rendez-vous** pour la personne (194).

Le rôle de coordinateur aiderait selon eux à suivre **le patient sur le long terme** (424).

Dr 19 : « Si c'est quelque chose qui nécessite un avis, je les adresse à quelqu'un d'autre mais tout en... Comme avec n'importe qui de toutes façons. On est quand même le médecin coordinateur en tant que généraliste. Mais euh... De les suivre jusqu'au bout, en fait, même si on les adresse aux spécialistes... Pour moi, je trouve qu'on a un rôle d'accompagnateur et de... De l'aider un peu à décrypter parce que souvent ça va être des gens aussi, qui savent pas comment ça fonctionne, qui savent pas ce à quoi ils ont le droit etc. C'est vraiment les accompagner, leur expliquer et encore plus qu'avec un autre patient en fait. »

Dr 7 : « Vous voulez, je vous appelle S., euh oui S., c'est la secrétaire, c'est la référence de secrétariat, et S. va vous attendre et S. va s'occuper de vous et S., enfin voilà, j'essaie de, de, de créer un lien... »

#### 4. Rôle du médecin généraliste dans l'éducation et dans la promotion de la santé

Selon les médecins interrogés, le rôle d'éduquer (114) faisait partie de leur devoir de médecin généraliste. Ils rencontraient cependant **plus de difficultés** avec les patients précaires (111).

Pour certains, la question de l'éducation et de la **prévention était identique** (118) pour tous. D'autres trouvaient que leur rôle était **plus important** pour les patients précaires (290).

Dr 4 : « Moi je change pas en fait mon discours de prévention, que ce soit en milieu précaire ou pas précaire... »

Dr 21 : « Disons que leurs situations de précarité font qu'ils sont peut être plus à même de faire des problèmes médicaux, on peut, peut-être insister plus... Enfin peut-être qu'on insiste plus sur certaines situations. »

##### a) Plusieurs types d'éducation

Différentes formes d'éducation avaient été mises en avant par les médecins interrogés.

Il y avait l'éducation au respect du **fonctionnement du cabinet** (67).

Les médecins éduquaient **leurs patients au coût du soin, au système de santé et à leurs droits** (174).

Un médecin expliquait **l'importance des choix des mots** pour éduquer.

Dr 3 : « C'est à peu près la même population, c'est le même bassin il y a des patients précaires, y'a des patients pas précaires, c'est la même chose. Il y a la même patientèle chez P., chez P. ils ne viennent pas au rendez-vous et chez J. ils viennent, parce que deux fois, trois fois ils viennent pas, bon tu reviens plus. »

Dr 16 : « Et d'un autre côté ceux qui disent : « Ben moi j'ai payé, par rapport à tous les gens de Fives qui payent pas. » Je dis : « Non, vous faites une avance de frais, vous allez être remboursé dans 5 jours. »

## b) Education à la santé et prévention

Ensuite, les médecins soulignaient leur rôle crucial dans la promotion de la santé notamment en faisant **de l'éducation à la santé** (22).

Certains médecins estimaient être souvent des **catalyseurs dans la démarche de prévention** du patient et faisaient apparaître de nouveaux motifs dans la consultation (338).

**La connaissance des caractéristiques sociales propres** à chaque patient permettait **d'adapter** les objectifs de prévention (110).

Les médecins pensaient qu'il était **nécessaire d'impliquer**, et de responsabiliser le patient dans son parcours de soins (426).

Un médecin **insistait plus sur les campagnes de dépistage** (458) auprès de cette population. Un médecin dénonçait que ces dernières étaient très peu adaptées aux populations en situation de précarité car souvent elles nécessitent une lecture approfondie du message (487)

Certains médecins n'éprouvaient **aucune gêne à insister sur l'hygiène** (74).

Dr 16 : « Dans la prévention, y'a cette part d'éducation de santé qu'est importante avant même de parler de prévention et je parle pas d'éducation thérapeutique du patient mais juste d'éducation, voir de rééducation à la notion de santé, quoi. »

Dr 12 : « Et donc ils n'ont pas un niveau d'exigences élevés sur le plan médical et la prise en charge de santé et donc les multiples demandes elles sont... D'ailleurs il faut plutôt les solliciter et puis leur proposer des consultations dédiées quand la situation le mérite. »

Dr 19 : « Sans les déresponsabiliser parce que de toute façon, c'est à eux aussi à un moment de faire la démarche mais moi je me vois vraiment comme l'accompagnateur de ce genre de gens ».

### c) Exemples d'éducation et de prévention.

Les médecins citaient plusieurs exemples de prévention qu'ils faisaient plus souvent avec les patients en situation de précarité.

Ils insistaient plus sur **la vaccination** (420) et sur **les mauvaises habitudes alimentaires** (306), car les **risques d'obésité** étaient plus important (486).

Ils indiquaient faire du **suivi gynécologique et obstétrique** (315) et profitaient de cette consultation pour aborder **le dépistage** du cancer du sein ou du col chez les femmes (115). Ils notaient qu'il était cependant nécessaire d'avoir **le matériel adéquat** (321).

Ils orientaient de plus **le dépistage vers les infections sexuellement transmissibles** (IST), (419).

Un médecin était beaucoup plus vigilant **sur la mort subite des nourrissons** et sur l'organisation du domicile lorsqu'il y avait un nourrisson (303). Un autre axait son éducation sur la **relation mère/enfant** (493).

**La prévention du tabac** fut seulement abordée dans le focus group trois (473).

Dr 9 : « L'ouverture des frigos en visite ça vaut quand même le coup... Mais l'obésité n'est pas l'apanage des gens euh... En CMU. Même si quand même, on sait que le fait d'être socialement défavorisé, c'est quand même un marqueur d'obésité. »

Dr 16 : « Pas hésiter à leur dire de revenir régulièrement s'ils ont plusieurs partenaires en même temps. Leur faire des bilans de maladie, d'IST, assez régulièrement et pas une fois tous les deux ans. Là depuis que j'ai commencé, j'ai choppé, topé un nombre incroyable, enfin incroyable, je pensais pas avoir autant de chlamydiae qui traînait à droite, à gauche. »

## 5. Se former

Les jeunes médecins étaient convaincus qu'un de leur rôle était **de se former aux questions de la précarité** (461) et de **sensibiliser les générations futures** (423).

*Dr 16 : « Mais je pense que ça fait partie de la richesse du taf aussi, c'est quelque chose qu'on apprend en exerçant mais c'est dommage de l'apprendre si tard, c'est vrai ! {...} Je suis porteur de ce message là mais c'est, peut-être que je suis ... , voilà, et je pense pas être trop c... mais c'est tellement agréable d'en parler et même de rêver de ce que ça pourrait être dans 20-30 ans... »*

## 6. En résumé

S'il existait **des désaccords** entre les participants et entre les différents groupes, (429) tous les médecins s'accordaient sur une **approche globale** selon le modèle bio-psycho-social (256). Un médecin rappelait que ce rôle était acté dans le **Diplôme d'Etude Spécialisé** (DES) de Médecine Générale (427).

Un médecin évoquait **la notion des inégalités sociales de santé** (499). D'autres soulevaient que leur rôle était **de prévenir le passage dans la précarité**. (348)

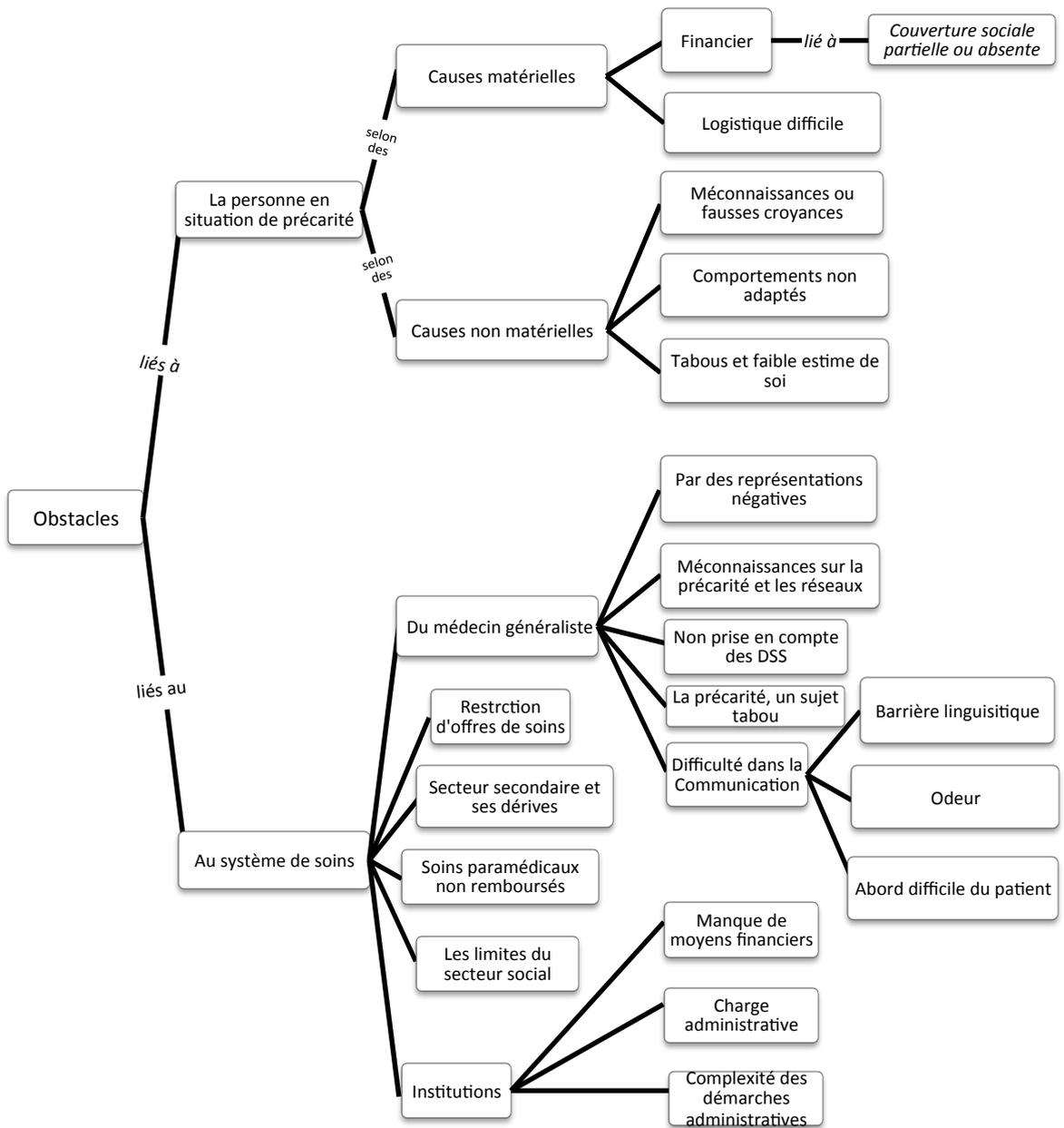
*Dr 12 : « Moi je vois ça comme ça, s'il y a des moyens, il faut les fixer par rapport à des objectifs, c'est-à-dire des objectifs d'âge, de classe, de catégorie de santé, les hommes, les femmes, tel âge, les ados, les gens en perte d'emploi, dans la période initiale de perte d'emploi, etc. Mais ce n'est pas sur des critères de précarité en temps que tel mais sur des critères de facteur de précarité. »*

*Dr 11 : « Empêcher justement que les gens qui sont dans un niveau limite, ne sombrent pas dans la précarité. »*

## IV. Analyse du parcours de soins

### A. Obstacles identifiés dans le parcours de soins d'un patient en situation de précarité

Figure 5 : les obstacles du parcours de soins d'un patient en situation de précarité



## 1. Obstacles liés aux patients

### a) Obstacles financiers

Pour certains médecins, le parcours de soins était fragilisé s'il existait un **frein financier** (206). Il existait alors une **limite d'accès à certains traitements chers** et non **remboursés** (233), voire parfois, dans **le choix du parcours de soins** (516).

Un médecin soulevait qu'il était primordial que le patient ait un **logement fixe** pour pouvoir débuter des soins dans de bonnes conditions (451).

Il pouvait exister un autre frein financier lors des maintiens à domicile difficile et lorsqu'il était nécessaire de mettre le patient en institution. Notamment, les médecins notaient un total désengagement de la famille devant des coûts élevés (514).

*Dr 9 : « Une patiente avait une coloscopie, enfin un test hémocult positif, coloscopie positive, chirurgie, donc pour un néo digestif à faire, dépassement d'honoraires demandé, 600 euros par le chirurgien et 150 par l'anesthésiste, la patiente ne bénéficie pas de la CMU parce qu'elle était ric rac, juste au dessus, effet seuil. Elle est juste au dessus. Elle est en HLM, mais effectivement elle vit seule etc. Elle se débrouille, mais elle a pas de sous quoi, du coup elle vit mais elle a pas d'économie quoi... Du coup elle me dit : « Docteur, comment on fait ? » Bah je dis : « Bah c'est tout on va reprendre rendez-vous dans le public, on va recommencer la même chose. ». »*

« Pour le sujet du maintien de la personne âgée à domicile. {...} Effectivement, soit dans des problèmes de maintien du lien familial ou des problèmes financiers etc. Et qu'ils du coup veulent surtout pas s'engager financièrement etc. Parce qu'ils savent très bien que si on les met en EPAHD, ça va leur coûter 2300 euros par mois et que ça va être compliqué et qu'ils vont devoir participer et donc il faut absolument les garder à la maison coûte que coûte et qu'il y a personne qui veut s'engager pour aider à un maintien à domicile. »

### b) Obstacles logistiques

Les médecins abordaient la notion de **rendez-vous manqués plus fréquents** chez les patients précaires (287). Ils l'expliquaient par le **manque d'organisation** (200), ou par **une temporalité différente** de la leur (288). Les patients avaient **des**

**difficultés à prendre rendez-vous** (222) ou **appréhendaient** de se rendre auprès des administrations (250).

*Dr 6 : « Faut avoir un agenda, qui a un agenda ? Un précaire n'a pas d'agenda parce que retenir quand a lieu le rendez-vous dans un an... Ces gens-là vivent dans l'instant... Alors il y a des quantités de gens qui ne savent pas gérer justement le temps et l'agenda etc. »*

*Dr 7 : « Parce que quand ils sont vraiment perdus, rien que de pousser la porte, ils ne savent s'ils doivent aller à droite ou à gauche, ça commence déjà quoi. »*

### **c) Méconnaissances ou fausses croyances**

Les patients méconnaissaient souvent le **fonctionnement du système de santé** français (57) et **leurs droits** (501).

Ainsi ils pensaient souvent que **le système de soins est tout puissant** (503) et n'avaient **pas conscience des coûts de la santé** (509).

Les patients avaient un **manque d'éducation à la santé** (210), idée fortement partagée par les différents médecins interrogés. Par exemple, ils **méconnaissaient leur pathologie** (192).

Mais ils méconnaissaient aussi **l'offre de soins** que pourrait apporter le médecin généraliste, notamment pour le **suivi gynécologique** (316) ou **pour une prise en charge en psychothérapie** (512). A cela, s'ajoutait des fausses croyances, ils comparaient le secteur de la médecine à **un système étatique et le rejettent comme tel** (61) (62) (63).

*Dr 12 : « Le problème, c'est que là, enfin là, dans les exemples que vous donnez. A chaque fois, c'est le patient qui a voulu aller dans un réseau, dont il n'avait pas pris conscience, que l'économique est devenu un déterminant. Mais pour les gens, enfin elle a un coût pour la collectivité globalement, mais la conscience du coût, elle existe pas. Et la conscience du coût... »*

*Dr 9 : « On a quand même l'impression de plus en plus d'être l'amortisseur entre un système de santé, dans lequel il y a de moins en moins de moyens, bah en tous cas, qui fait croire dans les médias et dans la communication que le système de santé est tout puissant, qu'il peut tout faire et sauver tout le monde et qu'on aide partout et pour tout... »*

Dr 2 : « Des gens qui sont en rejet global du système quoi, ils sont suspicieux vis-à-vis de la médecine parce qu'elle représente le système qui ne les a pas écoutés, enfin en tout cas... Moi j'en ai déjà qui m'ont dit ça : « Moi j'ai été mis à la DDASS et maintenant vous me mettez à l'hôpital. ». Voilà ce que ça représente pour eux. »

#### d) Comportements non adaptés

Les médecins relevaient **des problèmes d'observance thérapeutique** (76) ou parfois même **des refus d'adhérer au projet thérapeutique** (53).

De plus, les patients ne trouvaient pas un intérêt à **un suivi régulier** (131) et adhéraient très peu à la notion **de prévention** (111).

Exemples : Suivi ophtalmologique, suivi des nourrissons (286) (293) (292).

Ainsi ils consultaient **aux urgences** plus fréquemment (220).

Les médecins trouvaient que les patients **s'impliquaient peu** dans leur santé (484), ils étaient **passifs** dans leurs soins et parfois adoptaient une **attitude fataliste** (490).

Ils estimaient aussi **les prises en charge auprès des patients dépendants** à des substances (Drogues, alcool) plus difficiles (40). Ils rapportaient qu'ils donnaient plus facilement **pour excuse une raison financière** (295), s'ils ne venaient pas au rendez-vous par exemple. Un médecin estimait avoir souvent entendu le « **mensonge** » (294).

Dr 4 : « Douleur tho typique et tout ça tu as beau lui expliquer en long en large en travers qu'il faut faire un bilan, que voilà et tu lui dis que c'est, enfin que tu sais que tu vas aller plus loin et le mec il t'engueule en disant je m'en fous moi je rentre chez moi, vous me donnez des médicaments et je rentre chez moi. {...} Sauf que ce qu'il faudrait rendre possible, c'est de leur faire comprendre qu'il faut qu'ils viennent régulièrement. »

Dr 6 : « Parce qu'on sait qu'ils vont soit trop à l'hôpital mais n'importe comment donc c'est les urgences. »

Dr 12 : « C'est cette incapacité à saisir une opportunité de développement personnel {...} Et le fait d'avoir du mal à accéder à l'idée qui puisse y avoir un développement personnel. Parce que je pense qu'ils ont même renoncé à ça... Pour certains. Et c'est peut-être d'ailleurs le pire des handicaps... Le plus lourd... »

### e) Existence de tabous

Certains patients ne montraient pas de **signes extérieurs de fragilité** et, adoptaient par exemple une bonne attitude vestimentaire pour donner une « bonne image » (398). De plus, ils n'osaient pas dire **qu'ils n'adhéraient pas au projet thérapeutique** (205).

Les médecins disaient ressentir **une gêne** des patients à parler de leur **situation sociale** (304), ou de **leur situation financière** (86). Certains pensaient que leurs patients avaient **peur de les gêner** (431).

Certains patients pouvaient aussi « avoir leur fierté » et ne voulaient **aucune aide du médecin** (207). Ils avaient aussi peur de « l'étiquette qu'on pouvait leur « coller » : « l'étiquette **CMU** » (137).

Certains médecins du focus group un se demandaient si certains patients ne leur accolaient pas une **image de « médecin riche »** (126), avec l'idée que le médecin « se ferait de l'argent sur eux » (133). Ils ressentaient dès lors comme « une **fracture sociale** » (59).

*Dr 20 : « Parce qu'au cabinet, quand on voit les gens, ils ont tendance parfois à se faire un peu plus beau parce qu'ils vont chez le médecin. »*

*Dr 5 : « Mais souvent t'en as qui sont accompagnés et puis t'as le fils ou un ami ou n'importe qui, qui va dire ouais mais ça il va pas vous le dire, tu sens qu'il y a des gens qui sont plus... »*

*Dr 2 : « Parce que je pense que nos, notre façon de pensée est modelée par notre milieu, bon qui est loin de la précarité quoi, au final. »*

## 2. Obstacles liés au médecin généraliste

### a) Restriction d'accès aux soins primaires et secondaires

Certains médecins sélectionneraient leur patientèle **en refusant les patients bénéficiant du tiers payants** (24) dont les **CMUc** (331). Les médecins interrogés disaient ne pas le faire.

Certains médecins généralistes avouaient restreindre leur prise en charge de certains patients précaires, ne leur donnant pas accès à tous les secteurs de soins.

Ils les orientaient alors **selon la représentation** qu'ils se faisaient du patient, sans forcément le prévenir des diverses options envisageables (280). Un médecin limitait ainsi ses **objectifs de soins** avec les patients précaires (489).

Un médecin relata qu'il lui était arrivé dans une situation cependant bien particulière, de ne **pas réorienter le patient** vers la structure pouvant répondre à sa question (127).

*Dr 7 : « Une situation que j'ai encore eue hier, une dame qui arrive, en consultation libre, qui rentre, qui ne s'assoit pas et qui me dit : « Est-ce que vous prenez la CMU ? » ; la première question, ce n'était même pas bonjour, c'était : « Est-ce que vous prenez la CMU ? » ; ce qui veut dire, bon j'ai été étonné de la question j'ai dit : « Oui je suis surprise de votre question mais oui bien sûr il n'y a pas de souci ! » ; et puis après je me suis dit, si on arrive encore au 21<sup>ème</sup> siècle à poser cette question, c'est que certains médecins refusent, voilà... Après j'ai réfléchi autrement quoi. »*

*Dr 11 : « Non mais, je pense qu'il faut savoir se fixer des limites, y'a des gens avec lesquels, je pense, on se dit : « Si je les amène à tel niveau de santé de compréhension, de bien être ou autre, c'est bien ». Ce n'est pas la peine de viser l'excellence, ça ne marchera jamais. D'abord ça ne correspond à rien, et puis d'un autre côté, on n'est qu'un intervenant, nous ne sommes pas seuls, y'a pas que nous. »*

*Dr 17 : « Par contre si. Par rapport au kiné, j'ai un patient qui est en situation précaire, schizophrène. Je ne l'enverrai jamais chez le kiné. C'est impossible ! Déjà quand il arrive au cabinet, on passe notre temps à tout aérer, à mettre des bombes partout. C'est impossible de l'amener chez le kiné, quoi. Et lui je l'enverrai jamais chez le kiné. »*

## **b) Représentations négatives du médecin généraliste au sujet des patients en situation de précarité**

Cette partie rassemble quelques exemples de représentations données des patients précaires possédant la CMUc.

Des médecins trouvaient que certains patients **abusaient du système** (173) et bénéficiaient de **nombreux dispositifs sociaux** (432).

Des médecins estimaient que certains patients précaires étaient **chanceux d'avoir un accès aux soins** grâce à leurs assurances complémentaires (433). Pour d'autres, certains étaient des « **consommateurs de soins** » (405).

Certains médecins citaient que certains de leurs confrères « **n'aimaient pas les précaires** » (344) et qu'ils stigmatiseraient certaines catégories (326).

Un médecin raconta qu'il avait été **victime d'une fraude** (185).

*Dr 11 : « Oui alors à « Terlincthun », vous pouvez avoir CMU et BMW, Mercedes, camping-car tout ce qu'on veut, à un très haut niveau hein! Mais là, il y en a pas un qui n'est pas à la CMU, on est bien d'accord {...} T'as deux types de population. T'as une population qui est parfaitement organisée heu... Et t'inquiètes pas, ils connaissent les seuils sociaux, ils connaissent tout ça... C'est pas forcément pour moi la précarité, ce sont des gens qui usent le système, dans tous les sens du terme, j'insiste. »*

*Dr 6 : « Disons qu'il y a un problème, c'est que globalement les médecins n'aiment pas les précaires parce qu'ils s'installent dans les quartiers bourgeois. »*

*Dr 10 : « J'ai eu le cas d'un groupe de gitans, en fait ils m'avaient sorti des papiers qui étaient complètement faussés, je pense qu'ils voyageaient partout, je m'étais jamais fait régler après par la suite en fait, ils m'avaient montré des faux papiers. »*

### c) La précarité, un sujet tabou

La précarité était ressentie comme un **sujet tabou par les médecins** (436). Lorsque je leur demandais s'ils recherchaient systématiquement les caractéristiques sociales de leurs patients, la plupart se disaient **gênés de poser la question** (106). Ils avaient peur de paraître **jugeant** (107), voire **trop intrusifs** (437). Ils évoquaient aussi leur gêne à aborder les **questions d'hygiène** (73). Ce dernier sujet pouvant aller jusqu'à faire polémique au sein d'un même groupe médical (41).

Les remplaçants du focus 1 indiquaient aussi **une certaine réticence** des médecins à se former sur le sujet (151). Ainsi, la volonté de formation ne dépendrait que de **la motivation** du médecin (474). Un médecin **se sentit remis en question par mes questions** (478).

*Dr 19 : « Et il y a un autre truc aussi, je pense que si pendant nos études, notre formation, c'était moins tabou la précarité, si on en parlait plus souvent etc. Comme demander à quelqu'un qui fume à penser à arrêter de fumer, à un peu avoir des « réflexes précarité » chez tout le monde, ça serait un peu plus facile à gérer pour nous au quotidien, derrière quoi. »*

Dr 1 : « Ça m'évoque un truc, moi. C'est une réaction de la communauté médicale sur twitter, médecin généraliste sur twitter, au truc qui est sorti de... L' INPES : « Le patient précaire, comment le dépister ? » Ben la réaction sur twitter ça a été : « Ouais, ils sont bien gentils. Nous on fait ça en pratique depuis toujours et ils veulent nous apprendre ce que c'est qu'un pauvre ! » La réaction c'est pas : « Ah ben tiens, c'est intéressant, c'est bien qu'on nous explique ». C'est bon, déjà que nous les médecins, on se tape à faire ça tout le temps, en plus ils vont nous expliquer tous les trucs... »

Dr 13 : « C'est une réflexion entre guillemets sur le dépistage de la précarité, parce qu'il serait presque sous-entendu qu'on ferait mal en étant pas dépisteur de la précarité. Et je vais vous dire que c'est quelque chose qui n'est pas si évident que ça. Euh... Quand commence l'intrusion dans la vie des gens ? »

#### d) Manque de connaissances

Tous les jeunes médecins interrogés disaient qu'ils **n'avaient pas assez de connaissances** sur le sujet de la précarité pour pouvoir bien prendre en charge un patient précaire.

Selon eux, il existait un **manque de formation** à la prise en charge de la **précarité** (147), et des autres problèmes qui en découlent et ce à différents niveaux. Concernant la prise en charge médicale, ils évoquaient le manque de formation aux **problèmes touchant le handicap mais aussi en addictologie** (146) (148).

Concernant la prise en charge psycho-sociologique, ils estimaient ne pas être formés en **communication** (149), en **psychologie** (266) ou en **sciences humaines** (154).

Concernant la prise en charge psycho-sociale, enfin, ils pensaient qu'ils manquaient cruellement de notions sur le **secteur social** (92) et notamment sur les **dispositifs sociaux existant à contacter** (96).

Certains indiquaient ainsi ne pas se **pencher sur les problèmes à caractère social** n'ayant pas de solution à leurs donner (443) et cela même s'il en résultait un **préjudice pour le patient**. Ainsi, il pouvait avoir un retard dans l'acquisition des droits (102) pour le patient.

Un médecin évoquait aussi que les médecins connaîtraient peu le **dispositif de l' AME** (15).

Par ailleurs, ils soulevaient également la question de la **difficulté à établir un « bon réseau »** (271).

En conclusion, les jeunes médecins trouvaient que les études de médecine générale sont beaucoup **trop théoriques** (150), menant à la sortie des études à un manque de formation **sur la pertinence des soins primaires** (153).

*Dr 2 : « Qu'est-ce qu'un patient précaire ? Comment on le repère ? Comment on le dépiste ? Comment on se met en contact avec lui ? Comment ? Enfin moi j'ai l'impression que tout est à faire, hein ? »*

*Dr 21 : « C'est... C'est exactement ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire moi ça me fait suer quand j'ai pas le temps de poser la question « précarité » parce que je n'ai pas le temps, parce que je vais pas savoir répondre, parce que répondre ça va me demander une demi-heure, je suis là : « Ah mince, comment je vais faire ça, et qui c'est que je vais appeler ? », parce que ça c'est pas du tout dans mes compétences, je vais peut-être moins aller chercher l'info parce que je sais pas y répondre quoi. »*

*Dr 1 : « Je sais plus ce qu'il fallait faire mais on aurait pu faire un truc qu'on n'a pas fait parce qu'on ne savait absolument pas, voilà. Voilà, on nage un peu quoi ! »*

Il était intéressant de noter qu'il existait une **différence entre les différentes générations de médecins** (327). Le souci du manque de formation ne ressortait absolument pas dans les groupes où les médecins étaient plus expérimentés.

### e) Difficulté dans la communication

La relation avec le patient pouvait être rendue compliquée pour plusieurs raisons.

Les médecins racontaient qu'elle pouvait être mise à mal **par l'odeur** du patient. Ils leurs arrivaient de **réduire sciemment le temps** de la consultation du fait de la mauvaise odeur (44) voire de **le refuser** (43).

Ils expliquaient qu'il pouvait exister une **difficulté dans la communication** (47) à cause de **différences culturelles ou linguistiques** (46). Cette difficulté se retrouvait aussi avec un patient étranger ne parlant pas ou peu le français (20). Les médecins soulevaient le **problème de l'interprétariat** en cabinet de ville (116).

**L'abord du patient** pouvait aussi être rendu difficile par une imprégnation alcoolique ou par l'effet d'une autre substance (48). Ceci aussi, pouvait poser problèmes dans les salles d'attentes auprès des autres patients (505).

Pour certains médecins, cette relation s'accompagnait **de frustration**, et **d'émotions vives**. Les situations touchant les patients précaires demandaient beaucoup **d'énergie** (50) (145) (142). Un médecin s'était senti déstabilisé par un patient qui l'avait **culpabilisé de ne pas comprendre sa situation** (397). Parfois il leurs est difficile **de dire « non »** devant des situations très fragiles (313).

Quelques médecins n'hésitaient pas à dire qu'ils ressentaient parfois un **sentiment d'impuissance, de solitude** devant les situations de certains patients.

*Dr 1 : « Ce sont des gens qui parlent français mais qui présentent pas comme d'autres, qui sont un peu bourrés ou qui même sans être bourrés qui ont pas un vocabulaire très élaboré pour... On a plus de problèmes pour comprendre ce qui se passe. »*

*Dr 20 : « Puis il faut aussi avoir les épaules solides, parce que de voir les souffrances de l'autre, ça fait souffrir aussi »*

*Dr 18 : « Y'a eu un petit conflit (sourit) parce qu'il m'a dit que je ne savais pas ce que c'était que de pas avoir à manger etc. Bref j'ai craqué, je lui ai mis son Fortimel {Compléments nutritionnels alimentaires}. »*

#### f) Non prise en compte des déterminants sociaux de santé

Certains remplaçants évoquaient le fait que les médecins **ne rentraient pas toujours les caractéristiques sociales dans leur dossier informatique** (165).

Suite à quoi, les médecins reconnaissaient aussi qu'ils n'avaient pas **le réflexe de les rechercher systématiquement**. Ils attendaient parfois d'avoir des indices de situations vulnérables (105). Un médecin appliquait le ticket modérateur sur une simple impression de vulnérabilité (475). Ils soulignaient leur difficulté à prendre en charge le psycho-social par **manque de temps ou méconnaissance de la situation** (440).

Un médecin s'interrogeait sur la **légitimité du dépistage** de la précarité par le médecin généraliste (479). Et quelques-uns étaient en **désaccord** avec certains de leurs confrères (non présents dans les groupes) qui privilégiaient le modèle biomédical (265).

Des médecins dénonçaient aussi certaines pratiques de leurs confrères qui étaient **« consommateur » de carte Vitale** et qui ne privilégiaient que le bio-médical (481).

Dr 17 : « C'est vrai que le psycho-social, c'est pas dans l'ordinateur, ça c'est dans nos motifs de consultations où on peut noter trois, quatre mots. »

Dr 20 : « La précarité, j'attends d'avoir des signaux, je vais pas la chercher. Et c'est quand j'ai des signaux, je m'adapte, là je pose des questions, j'adapte le paiement s'il faut, j'essaie d'aider, j'essaie d'orienter mais j'attends d'avoir les... »

Dr 13 : « C'est quelque chose de difficile, alors de quel droit, entre guillemets, le médecin va entre guillemets, en dépistage de la précarité ? Parce que c'est quand même pas dans son statut, quelque chose d'écrit, d'officiel. Donc y'a cette difficulté là quelque-part... »

### 3. Les obstacles au-delà du médecin généraliste.

Les médecins généralistes évoquaient les difficultés qu'ils avaient pour répondre au mieux à la prise en charge au-delà de leurs compétences.

#### a) Restrictions d'offres de soins et de prestations sociales

Il existait des zones où aucun médecin généraliste ou spécialiste, ne s'installait. Ce problème de **démographie médicale** (343) touchait essentiellement **les campagnes, mais aussi les zones dites précaires** (342).

**L'accès à certains soins** pouvait alors être rendu difficile (235) par **l'absence de moyen de transport** (494).

Lorsque les médecins s'installaient dans des zones dites précaires, ils indiquaient se retrouver **très vite surchargés** de travail (347).

De plus, nombreux des dispositifs d'aide sociale se trouveraient **dans les centres urbains** (355).

Dr 6 : « Mais il y a actuellement des problèmes de démographie médicale qui font que les quartiers précaires sont... Et les médecins désertent les campagnes qui sont trop loin... Il y aura des médecins de zones pauvres qui auront 50 patients par jour. »

Dr 15 : « Non, la précarité moi je pense, par contre oui, Condette-Boulogne par exemple, c'est un trajet qui ne se fait pas facilement en bus, y' en a pas beaucoup, je vois, j'ai des personnes âgées qui ne veulent pas aller voir le spécialiste, ou qui ne font pas d'exams, parce qu'ils n'ont pas de moyens de transport et ils n'ont pas non plus l'exonération, les 100% qui justifieraient un transport en ambulance, et du coup bin c'est tout quoi, pas de famille pas de transport facile, donc ils remettent les exams. »

## b) Obstacles du secteur secondaire

### i Secteur public/secteur libéral

Les médecins notaient une **difficulté d'accès** à la médecine secondaire (221). Ainsi, s'il existait des **délais extrêmement longs** pour les consultations publiques (82), les patients bénéficiant de la CMUc ou de l'AME pouvaient essuyer **un refus catégorique dans le secteur privé** (227). Selon les médecins interrogés, certains de leurs confrères n'hésiteraient pas à **créer des « black lists »** sur des critères infondés (289).

Ils dénonçaient également **les dépassements d'honoraires** (81) concernant parfois **des situations graves** comme la prise en charge d'un cancer (515). Ils notaient qu'il était souvent **difficile d'avoir un retour** des patients sur ces derniers (232). Ils témoignaient leur indignation de ce problème **de « business »** de la santé (508)

Ils faisaient aussi part de la fréquente mauvaise communication entre le secteur libéral et l'hôpital (507)

Certains médecins généralistes interrogés **exprimaient leur désaccord** (226) avec ces pratiques. D'autres **comprenaient** que certains spécialistes n'appliquent pas le ticket modérateur (439).

Dr 6 : « Elle avait eu un rendez-vous avec un des gynécos à la clinique V. et euh. Il a été annulé au dernier moment parce qu'elle était à l'AME et on ne peut pas vous prendre en pré-natal quand on est à l'AME, « Allez voir à la maternité publique quoi ! », c'était vraiment choquant. »

Dr 17 : « Alors il y a des spécialistes qui... Enfin moi je me dis qu'il y a des spécialistes qui ne veulent mais c'est vrai que des consultations qui sont importantes, qui durent. Après voilà, y'a des spécialistes qui ne veulent pas la CMU, ben oui. »

## **ii Exemples de secteurs secondaires difficiles**

On notait une difficulté d'accès aux **dentistes** (447), aux **gynécologues de ville, aux obstétriciens en clinique privée et aux ophtalmologistes** (284).

Selon les médecins interrogés, les gynécologues-obstétriciens en secteur privé et les dentistes refusaient souvent les patients bénéficiant de la CMUc ou de l'AME (223) (83) et les dentistes délivraient des soins de piètre qualité et non rentables (224) (225) aux patients bénéficiant de la CMUc.

Les médecins soulevaient le problème de la **sur-spécialisation en France**. Ils prenaient l'exemple des dépistages en gynécologie (Frottis, examens des seins) qui seraient essentiellement fait par les spécialistes. Effectivement, les médecins généralistes **se seraient moins investis** ces dernières années pour ce type de dépistage. Par conséquent, peu de patients précaires accèderaient à ce dépistage (442) (320).

Dr 6 : *Et il y a des gens, la profession des dentistes est terrible, terrible avec les gens en CMU parce que euh, il y a même pas mal de dentistes qui refusent de prendre les gens en CMU... Et du coup on sent un racisme des dentistes pour les pauvres »*

Dr 9 : « Ils râlent parce que le frottis n'est pas assez fait etc. Mais ils nous ont assez cassés quand ils ont fait il y a dix, quinze ans les gynécos à fond, les médecins généralistes ne savent pas faire de gynéco et de frottis, ils ont joué à un jeu dangereux et maintenant ils se rendent compte et ça c'est vrai pour tous les dépistages en général et ils se rendent compte qu'ils toucheront pas ces populations là déjà, nous on les voit presque pas alors on va pas parler des patients qui vont pas du tout voir le généraliste. »

### iii Le secteur psychiatrique

Comme décrit plus haut, les patients en situation de précarité auraient plus de souffrances morales. Or l'accès au **CMP** (88) ou à la **psychothérapie libérale** (87) apparaissaient limités. Certains médecins objectaient cependant que cet accès limité n'était **pas uniquement un problème que pour les patients précaires** (511).

Ils soulignèrent ici aussi le **manque de communication** entre les deux secteurs (513).

*Dr 11 : « Par contre, là où c'est un peu lamentable, c'est en psychothérapie, parce que souvent ce sont des gens qui sont en détresse, en difficulté de choix... Et ce n'est pas la prise en charge médicamenteuse qui est vraiment utile là. »*

*Dr 12 : « Je crois, c'est pas non plus seulement un problème de précarité, c'est un problème global aussi, d'accès à la psychothérapie en général. »*

*Dr 11 : « Oui, c'est pas simple, mais c'est possible... Oui, mais si tu dis que tu payes, t'as de la place hein... »*

### c) Le secteur paramédical

Les médecins ne notaient pas de difficulté pour les soins infirmiers libéraux et les aides à domicile. Cependant un médecin dans le focus group 1 soulevait le problème de la **démission des aides à domicile** dans des contextes d'insalubrité extrême (89).

Les obstacles étaient liés aux soins non remboursés.

Un seul médecin évoquait un frein dans l'accès chez l'**orthophoniste** (510).

Un médecin se trouvait en difficulté lorsqu'il devait orienter **vers des soins de podologie** (333), tandis qu'un autre, ne ressentait aucun obstacle **et n'hésitait pas à envoyer vers les consultations publiques pour les soins urgents** (482).

Un groupe souleva le frein **pour l'optique** (500) alors qu'un autre médecin n'était pas d'accord.

*Dr 4 : « Elle se sentait vraiment en bout de course, elle a complètement tout arrêté et en fait ces gens se sont retrouvés sans plus personne qui souhaitait venir, parce qu'un capharnaüm que t'arrives pas à gérer... »*

Dr 9 : « Non mais je parlais des semelles par exemple... C'est quand même quelques choses d'important, il y a des gens, c'est magique ! Et ce n'est pas remboursé par la Sécu. »

Dr 6 : « L'opticien, l'ophtalmo, n'est pas tellement accessible aux gens en CMU, les opticiens oui, pas les ophtalmos... Souvent on doit le faire nous-même quoi, on ne fait pas les corrections, on ne fait que l'optique, les pauvres, ils n'ont droit qu'à l'optique, ils n'ont pas le droit au glaucome, ni au fond d'œil, ni... La cataracte du pauvre on ne connaît pas, ça n'existe pas la cataracte du pauvre. »

#### d) Le secteur social

La gestion des problèmes sociaux étant **chronophage** (95) cela rendait **plus difficile** leur gestion en ville (28).

Lorsque le médecin se mettait en lien avec les services sociaux, il existait très peu de retours (448). Un médecin s'interrogeait sur le partage d'informations médicales entre les deux secteurs et remettait en question le secret médical (464).

Les médecins citaient quelques **dysfonctionnements du secteur social** qui pouvaient entraîner des prises en charges bancales (477). Un médecin soulevait la difficulté pour le patient à trouver des informations sur les aides sociales (93).

Dr 20 : « Alors là j'ai eu quarante intervenants, on m'a rappelé vingt fois. C'est compliqué parce qu'on explique l'histoire une fois, on explique l'histoire deux fois, on divulgue le secret médical quinze fois.

Dr 10 : « Et puis c'est tout, j'avais fait un signalement, et j'étais étonné, qu'en fait ils étaient suivis par l'assistante sociale qui n'était pas venue depuis quatre mois. »

## e) Obstacles venant du secteur institutionnel

### i Pour les médecins

Pour la plupart des médecins, il **manquerait des moyens financiers** (152) pour une bonne prise en charge.

De plus ils reconnaissaient qu'il existe une **charge administrative importante** pour les paiements par tiers payant (330). Ainsi, les patients qui étaient **hors parcours n'ayant pas déclarés de médecin traitant** ne permettaient pas au praticien de se faire rembourser la part obligatoire (441).

Un médecin évoquait qu'il y a 20 ans il avait été contrôlé par la CPAM car il pratiquait **trop de tiers payant** (334), qui à-priori ne se faisait plus.

*Dr 9 : « Mais concrètement, concrètement après je pense qu'il faudrait des moyens effectivement. Après on peut toujours parler d'argent mais enfin le temps, le temps c'est de l'argent. »*

*Dr 17 : « Et ça, on le voit dans nos rejets de factures, hein ? Les rejets de facture, c'est « hors parcours de soin », « médecin traitant non déclaré ». Alors en plus c'est des numéros, on n'a pas les noms. Bah je n'ai pas le temps d'aller rechercher des numéros hein ? Je ne sais même pas qui n'a pas de médecin traitant, j'en sais rien ! Je suis incapable de le voir. Régulièrement j'ai des rejets de factures. Bon ben c'est bien, je suis pas payée. »*

### ii Pour les patients

Les médecins soulevaient le point que **les démarches administratives étaient aussi complexes** pour les patients et avaient un coût (94) (352).

Un médecin prenait l'exemple de la **photo sur la carte vitale** qui était un réel frein à l'accès aux soins (350) et un moyen **de stigmatiser** la population précaire (351). **La stigmatisation** de cette population serait permanente, de nombreux préjugés étaient véhiculés par les médias (324), puis repris par les autres patients (445).

Dr 6 : « Alors moi il y a un truc simple et affreux, ça a été la photo sur les cartes Vitale, c'est une connerie sans nom et quelque fois les gens mettent des... Et surtout les précaires, les précaires mettent parfois six mois pour avoir leur carte Vitale et l'histoire de la photo. Ça a été une espèce de dénonciation, avant la photo, on avait la carte vitale en trois semaines et tout le monde les avait, et là actuellement avec la photo, c'est quand même très compliqué... C'est pas énorme mais cette photo ça ne servait à rien, c'est un espèce de flicage de la population... »

Dr 8 : « Il y a la vision, enfin il y a la vision médiatique et il y a la vraie médecine générale, enfin moi c'est par rapport à la vision médiatique... Mais les pastilles, les Roms sont remboursés et moi je ne suis pas remboursé à la pharmacie; donc tous les messages comme ça, c'est des aberrations qui se cumulent et ça c'est médiatique. »

## B. Les leviers existants identifiés

### 1. Les leviers mis en place par le patient

Les médecins rapportaient que certains patients **étaient actifs** dans leurs soins (236) et **prêts à payer des soins non remboursés** (282) car ils avaient **conscience du coût de la santé** (183). Ils reconnaissaient aussi **les compétences sociales** (261) du médecin et par conséquent levaient le tabou dès le début de la consultation. Ils n'avaient **pas de gêne** à aborder **leur statut CMU** (164), ni **leurs soucis financiers** (85).

Il s'agissait de patients qui consultaient **même s'ils avaient des problèmes financiers** (175).

Dr 7 : « Et il y en a qui disent qu'ils vont faire l'économie pour voilà. Il y a, c'est comme tu disais (en s'adressant au Dr 6), ceux qui sont bien organisés, et bien il y en a qui se font la dépense quoi, c'est organisé dans leur budget, c'est leur cadeau de Noël, c'est leur cadeau etc. »

Dr 6 : « Et les gens aussi finissent par adhérer à notre façon de soigner et, parce que les gens pour qui, que j'ai soigné en PMI viennent me voir pour une reconnaissance sur une compétence...qui est une compétence qui déborde un peu le côté strictement médical quoi. »

## 2. Les leviers mis en place par le médecin

### a) Par la levée des tabous

Pour certains médecins lors de l'entretien, il était nécessaire en consultation de **lever au préalable les tabous** sur la précarité (456). Les participants insistent sur le fait que les médecins ne **devaient pas véhiculer de faux préjugés** (457) et qu'il était nécessaire **de les déconstruire** (458). Des médecins soulevaient qu'il était important de **savoir se remettre en question** à tout moment et tout âge (472). Il était aussi nécessaire d'être **optimiste** pour un médecin, il fallait savoir ne pas « baisser les bras » et être persévérant (335).

Comme dit plus haut, des situations pouvaient être éprouvantes pour le médecin. Les médecins spécifiaient qu'il fallait **mettre de la distance et savoir accepter et imposer ses limites** (463) (471).

Un médecin insistait sur la nécessité de **ne pas stigmatiser** (186) ni **refuser** les patients précaires en consultation (217). Un médecin soulevait qu'il était possible de **connaître le taux de CMU** de sa patientèle. Ceci l'aidait à analyser sa pratique et se remettre en question (498).

*Dr 19 : « La consommation de soins, elle se fait, elle peut se faire à n'importe quel niveau, enfin. En tout cas, moi c'est ce que j'ai ressenti. »*

*Dr 12 : « Hum. Et puis sans stigmatiser une population trop précisément parce que ça ne marchera pas. Ils ne viendront pas. Et puis s'ils viennent, ils viendront contraints et ça n'aura pas beaucoup d'impact. »*

*Dr 11 : « Bah la première des choses, c'est de ne pas refuser le précaire. »*

*Dr 2 : « Mon cabinet je l'ai toujours laissé sobre, je m'habille pas en fringue à tant d'euros, j'ai pas une super « Rolex » quand je consulte, parce que je ne veux pas créer une fracture avec les patients que je vois. »*

## b) Par la prise en compte des déterminants sociaux de santé

Certains médecins recherchaient **spontanément** le statut socio économique du patient (10) et le **renseignaient dans les données du dossier informatisé** (172).

Un médecin notait l'importance **de disposer d'un outil informatique** (462).

Ce même médecin constatait qu'il était nécessaire de **connaître le quartier** où l'on exerçait, d'aller à la rencontre de la population en dehors des consultations (459). Il mettait aussi en avant que chaque patient devrait avoir **une personne de confiance** notée dans le dossier, sur laquelle le médecin pourrait s'appuyer dans des situations complexes (460).

Les focus groups composés de médecins remplaçants soulignaient la difficulté à avoir accès à ces données, qui parfois n'étaient pas renseignées dans le dossier médical du patient. Ils étaient alors gênés de poser ces questions.

Un médecin installé pensait **qu'il était nécessaire d'aborder** ces réflexions avec le médecin remplacé (272).

Des médecins du groupe 4 mettaient en évidence qu'il serait nécessaire d'ajuster leur prise en charge au « modèle gériatrique » qui prenait plus facilement le contexte social (466).

*Dr 9 : « Bah oui, et justement c'est ce qu'on dit depuis le début, c'est marrant l'histoire de grilles informelles tout le monde a bien réagi, en disant : « mais ça c'est nos dossiers », en gros, bah ça c'est évident. On l'a tous dans nos dossiers, on le sait tous. Le travail, la famille, s'il y a des enfants ou pas d'enfants, s'il picole, s'il fume... parce que voilà on a pas tout posé le premier jour. Est-ce que vous fumez ? Oui, non. Pas d'enfant. Pas de mari. Divorcé. Et vous gagnez combien ? (Rires) »*

*Dr 16 : « Juste à côté de mon cabinet, j'ai un café {...} et dès que j'ai un quart d'heure de libre, parce que j'ai fait tous mes trucs, je vais prendre un café dans mon café. {...} Et j'ai l'impression d'avoir ce truc qu'il y a plus maintenant avec la police de proximité, le médecin de ville de proximité, le toubib en fait. {...} Et cette zone intermédiaire. Est-ce que vous avez déjà déjeuné dans le quartier où vous bossez ? {...} Pourquoi est-ce qu'on le ferait pas ? {...} Ça fait du bien de voir son médecin dans son quartier, c'est pas une honte et on n'est pas obligé d'aller dans les purs resto de folie comme ... »*

### c) Par l'amélioration des compétences en matière de précarité

Les médecins habitués à prendre en charge les patients précaires ou les médecins installés de longue date **s'étaient auto-formés**, ils l'avaient souvent appris par la pratique (128). Ils s'étaient construits **leur propre** carnet d'adresses (267). Un médecin indiquait avoir développé de **très bons liens avec le secteur social** de sa ville (468).

Un autre médecin insistait sur l'intérêt à **travailler en groupe** (322) car cela permettait une **mutualisation des conseils** (450).

Plusieurs participants des focus groups indiquaient que le fait de participer à ce débat leur avait permis de **se questionner sur leur pratique** (483), (270).

*Dr 17 : « Par rapport à tout ce qui est intervenants sociaux y'a eu aucune formation, sur place il a fallu aller chercher, à commencer par le CCAS, voilà. Le CLIC, ça fait pas 22 ans que j'ai connu le CLIC je ne sais même pas s'il existait il y a 22 ans mais (Rires), non, non, il faut aller chercher et c'est dommage parce qu'effectivement... »*

*Dr 16 : « Donc voilà, sur les six premiers mois j'ai fait le tour de tous les cabinets de kiné, de tous les cabinets d'infirmiers du coin pour dire bonjour, bonjour, café, on discute, vous avez vu ma tête, j'ai vu la vôtre. Ça prend un peu de temps au début mais au moins, tout le monde connaît ta tête et a tendance à t'appeler. »*

*Dr 20 : « Ben moi la remarque que je me suis faite c'est que je fais probablement pas assez de prévention. Et c'est vrai que là je me suis dit : « Tiens ! » Là ça m'a fait pensé à un patient, je me suis dit peut être il faudrait que je fouille un peu... »*

### d) Par des compétences élargies

Certains médecins pensaient que le médecin généraliste devait avoir **un rôle de psychothérapeute** (422), (428).

*Dr 12 : « Dans la psychothérapie de base c'est-à-dire le patient dépressif, moi je propose toujours une prise en charge de premier recours, euh... »*

### e) Par des astuces de logistique

Quelques médecins citaient l'importance d'avoir un **secrétariat « physique »** qui permettait **de connaître** et parfois de dépister les situations de vulnérabilités (273), (130). Les rendez-vous non honorés étaient pointés par les médecins. Ils **appelaient le patient ou le faisaient appeler par le secrétariat** (299) pour connaître les raisons de cette absence, ce qui permettait au patient de prendre conscience de l'importance de consulter et de respecter le fonctionnement du cabinet.

Un médecin demandait à son secrétariat d'appeler certains patients **le jour même** pour qu'ils n'omettent pas le rendez-vous (301). Il utilisait également son secrétariat **pour contacter les acteurs sociaux et limiter ainsi le temps perdu en consultation** (274). Son secrétariat gérait **aussi les paiements et les tiers payant** (275).

Un autre médecin souleva l'intérêt de **faire venir le patient au cabinet** car cela permettait de mettre un cadre (492). Il s'opposait au reste de son groupe qui trouvait que faire moins de visites à domicile était pénalisant car à la source d'une perte d'information sur le patient.

*Dr 1 : « Or déjà, je pense que d'avoir une secrétaire sur place, je pense que ça joue déjà sur le côté de pouvoir garder un contact avec des patients qui sont précaires... »*

*Dr 16 : « Je les appelle en leur disant « Ça va, vous êtes pas aux urgences ? Qu'est-ce qui se passe et tout ... » Je leur laisse des messages comme ça, ils me rappellent et ils me disent : « Je suis désolé Docteur, je vous ai pas prévenu pardon... ». »*

*Dr 12 : « Il y a un élément structurel quand même qui joue, parce que je pense que le fait de faire moins de visites et d'avoir l'exigence de faire déplacer les gens pour la consultation, ça a été un élément moteur, ça fait bouger un peu les lignes quoi, parce qu'au lieu d'avoir la consultation à domicile, enfin c'est-à-dire la visite à domicile, du gamin qui braille, la télé qui fonctionne... »*

### f) Par des leviers financiers

Les médecins interrogés appliquaient aux patients précaires et selon leur situation **le tiers payant intégral** ( Affection Longue Durée= ALD, CMUc, AME), **le tiers payant social** ou un **acte gratuit** (260) (276) (278).

Certains médecins **favorisaient au maximum** les paiements par tiers payant, notamment pour les ALD. Ceci permettait de **lever le frein financier** (176) (180).

Les **patients toxicomanes** étaient aussi fréquemment déclarés en ALD (178).

Les médecins remplaçants **adaptaient le règlement aux habitudes du médecin remplacé** (337).

*Dr 6 : « Toutes les mutuelles, enfin on a toute une liste importante de mutuelles à qui je fais un tiers payant complet, euh il y a tous les gens que j'ai mis en 100% et à qui je fais le tiers payant complet et il y a les gens en CMU ; euh pour les bébés je fais des examens « premier mois », « deuxième mois », « troisième mois », « quatrième mois », « cinquième mois », « sixième mois » en 100%, d'examens de ceci, de cela, en maternité... »*

*Dr 7 : « Et ça soulage les gens, quand vous leur proposez ça : « Ah c'est bien ! ». »*

### 3. Mise en place par l'Etat

Des médecins soulignaient **l'amélioration de l'accès aux soins** par la création de **la CMU** (162) et par **la réforme du médecin traitant** ce dernier, ayant **un rôle central** dans la prise en charge de ces patients (187) (188).

Un médecin insistait tout de même sur la nécessité de **contrôler la distribution** des aides sociales (488).

Le focus group 2 mettait en avant le problème **de démographie médicale** (343). Cependant il soulevait que l'état y avait répondu par la mise en place **de zones franches** (346) et par les **contrats d'engagement de services publics** (CESP). Ainsi les internes **s'engageaient** à s'installer dans des zones où la continuité des soins était menacée (349). Mais un médecin pensait que la mise en place des zones franches n'était quand même **pas un bon moyen** pour répondre à ce problème.

Dr 6 : « Euh, ce qui se passe en 34 ans, c'est que les choses ont beaucoup, beaucoup évolué, parce que c'était la catastrophe avec l'ancienne AMG, aide médicale gratuite... Et on a vécu une énorme avancée avec la CMU. {...} Mais la réforme du médecin traitant a beaucoup aidé à fidéliser. »

Dr 11 : « Pour moi, qu'il y ait de la solidarité, qu'il y ait des aides tout ça, très bien. Mais que ce soit correctement attribué et qu'on le contrôle ça serait beaucoup mieux. Parce que pour moi il y a beaucoup d'argent en jeu mais ça ne va pas forcément aux gens qui en ont besoin. Et ça on le rencontre dans la clientèle, dans la patientèle. »

Dr 8 : « Oui mais après il y a eu quand même tout le système des zones franches tout ça, où là ça a quand même...peut être rééquilibré les choses ! »

Dr 6 : « C'est bidon, ça ne sert à rien ça, et, il y a que Saint-Pol comme ville pauvre, il y a que Saint Pol qui a trop de médecins quoi ! (Rires) Tout le reste de l'agglomération, toutes les autres cités et toutes les villes plus pauvres que l'agglomération, il manque de médecins quoi, et du coup ça fait que les gens... »

## V. Les besoins et réflexions sur la médecine générale par rapport à la prise en charge des précaires

### A. Les besoins recensés

#### 1. Besoins de formation

Les jeunes médecins étaient en **demande de formation** (98), ils avaient besoin d'apprendre à **repérer** un patient précaire (453), **d'avoir une grille de dépistage** (410). Ils reconnaissaient qu'ils devaient être **sensibilisés à la précarité** pendant leurs études (465).

Dr 16 : « Plusieurs questions, qu'on pourrait évoquer presque en systématique en se disant, ben voilà ce serait une consultation « précarité » quoi. »

Dr 20 : « *Déjà, on a besoin de la formation, parce que c'est vrai qu'on n'est pas formé, il dit que ça fait partie de notre boulot et que c'est marqué dans les trucs mais, on n'est pas formés, on n'a pas de cours « précarité ».* »

*« Je pense qu'il faut savoir dépister et adresser, après je pense que tu peux plus ou moins t'investir et plus ou moins gérer. »*

## 2. Besoins d'échanger

Ces mêmes jeunes médecins souhaiteraient avoir la possibilité d'**échanger entre confrères** (452), avec les **anciennes générations** (455). Ils aimeraient faire **des groupes de travail** pour réfléchir sur la prise en charge des patients précaires (454).

Dr 16 : « *L'intérêt des réseaux est de les mettre en branle les uns les autres c'est intéressant, et le manque cruel de réseaux de médecins entre eux, des réseaux de médecins généralistes de quartier qui se parlent pas, ne se connaissant pas ! Putain ça me fait c... je suis désolé mais c'est le seul truc qui m'énerve mais on se parle pas. »*

*« Mais le truc c'est que, tu vois, typiquement ce genre de groupe là, ça serait super bien d'avoir ça, pendant l'internat, d'en avoir un, avec des intervenants extérieurs, avec des vieux médecins qui viennent et qui se prennent la claque dans la gueule d'avoir des jeunes médecins de 7ème année qui font « ouais, on va sauver tout le monde » et puis voir que dans... La réalité c'est comme ça, et puis en fait on tombe sur... Mais on ne se parle pas assez dans l'ensemble. »*

## 3. Besoins d'informer les patients

Les patients devraient être **mieux informés**. Un **médecin proposait** de mettre à leur disposition un annuaire où trouver **toutes les informations nécessaires** sur les aides sociales (467).

Dr 16 : « *Mais c'est vrai que ça pourrait être bien d'avoir, pour les gens en difficulté, au moins un cahier de brouillon avec tous les intervenants qui sont à disposition, qu'ils peuvent appeler. »*

## B. Réflexions sur la médecine générale et la précarité

### 1. La précarité, un problème de santé publique

Ce débat amenait les médecins généralistes à se repositionner par rapport à leur métier et à émettre des idées pour améliorer la prise en charge des précaires.

Tous s'accordaient sur le fait que la médecine générale leurs était **adaptée** (345).

Certains soulevaient cependant que la précarité était un problème de santé publique qui ne pouvait pas seulement reposer uniquement sur **les praticiens libéraux** (136).

Certains proposaient de rendre systématique le **dépistage des patients précaires** (65), et de mettre en place **une consultation de prévention annuelle** (189).

Un médecin pensait que le gouvernement devrait redonner **une place à la médecine de main-d'œuvre** (144) ainsi qu'à la **médecine de proximité** de ville (305).

*Dr 2 : « Tu ne peux pas baser une politique de santé publique sur la bonne volonté de praticiens libéraux. »*

*Dr 12 : « Oui, bah justement je pense qu'aujourd'hui la régulation elle est trop stricte. C'est-à-dire qu'aujourd'hui, elle oriente certainement vers les structures hospitalières, un certain nombre de demandes de soins primaires, qui pourraient être pris en compte dans le cadre de la permanence des soins. C'est ça que je veux dire, alors. »*

*Dr 9 : « Après une consultation, et pourquoi ne pas faire une consultation de prévention au sens général du terme pour tout le monde de toute façon. »*

## 2. Une médecine à deux vitesses...

Les médecins identifiaient l'apparition d'une **médecine à deux vitesses** (234) et remettaient en question **les complémentaires de santé privées**. Certains médecins avaient **confiance dans la CPAM** (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) (18) (495)

Dr 6 : « *Et on sent qu'il y a une médecine à deux niveaux qui s'installe. »*

Dr 11 : « *Alors, un truc très simple qui a fait basculer, des gens de la non- imposition à l'imposition, c'est l'intégration de la prise en charge de la mutuelle obligatoire dans le salaire. Et de ce fait là, il y a des gens qui sont devenus précaires. Enfin entre parenthèse, mais ils ont un certain niveau de précarité qu'ils n'avaient pas, avec un jeu d'écriture. Tout simplement. Et souvent moi je leur disais, bon allez faites sauter la mutuelle... »*

Dr 12 : « *Euh... très honnêtement, on peut dire tout le mal qu'on veut sur l'assurance maladie, c'est un partenaire économiquement honnête... Quand on travaille avec des assurances privées, ce n'est pas la même chose hein !!! Euh ils vont aller, jusqu'à la ligne de rupture, c'est-à-dire si t'es agressif, t'as des crocs tu vas être payé, t'as pas les crocs, et bin tu seras pas payé. Ou tu seras payé à la petite semaine. Donc ça, oui, on est plus dans l'sujet là... »*

## 3. Vers une autre médecine

Pratiquement tous les médecins remettaient en cause **le système libéral** (257) ainsi que le paiement à l'acte (135). Ils émettaient l'hypothèse d'un **autre mode d'exercice possible** (129).

Dr 6 : « *Ce paiement à l'acte, c'est complètement, c'est complètement périmé et... »*

Dr 2 : « *Un moment, y' a la question avec le côté libéral quoi ?... on est toujours un peu à cheval entre un système libéral et un système public et on a du mal à... »*

Dr 16 : « *Sur le « C » je suis d'accord, je suis d'accord sur les problèmes des nouveaux modèles de rémunération et ça c'est quelque chose qui est en mutation, on n' y est pas et après c'est sur l'avenir de notre taf. »*

#### 4. Vers une revalorisation

Les médecins mettaient en avant le fait que **certains actes étaient mal valorisés** (139) et qu'il serait nécessaire de **réévaluer les honoraires** (105).

*Dr 16 : « Et que, avec notre pauvre petit « C » on n'a pas du tout le temps de faire une consultation correcte en parlant de tous ces problèmes là donc euh. »*

#### 5. D'autres acteurs

Le médecin généraliste pourrait s'appuyer sur **d'autres acteurs** pour améliorer la prise en charge des patients précaires comme **l'école ou des personnes pairs**. (23), (60).

*Dr 2 : « Est ce que c'est le rôle de l'école ? »  
« C'est pour ça que dans la précarité, il y a eu le développement de travailler avec des pairs quoi, des gens qui ont vécu avec la pauvreté pour rentrer en contact avec les gens. »*

#### 6. Le tiers payant généralisé une solution ?

##### a) Les partisans

Les partisans du tiers payant généralisé (TPG) mettaient en avant la possibilité d'**une meilleure continuité des soins**, d'**une harmonisation du paiement**. Le TPG **éviterait notamment les retards de soins** pour raison financière (339) (341) (328).

Ils s'opposaient aux fausses idées, comme **la surconsommation de soins** (329), **la déresponsabilisation des patients** (479) ou **les fraudes** possibles du médecin (351)

Dr 6 : « C'est vrai qu'avec le système du tiers payant, je n'hésite pas à reconvoquer des gens, mais quand c'est pour moi motivé médicalement et notamment les gens en substitution, des débuts de diabète, on fait des « dé-sucrages » pour des diabètes et les fins de vie par exemple. {...} Disons qu'il vaut mieux soigner les gens au début et je pense que c'est agréable de pouvoir avoir des gens qui se soignent quand il faut. {...} Et puis on n'a pas le temps d'aller voir tous les jours quelqu'un pour toucher notre ticket chaque jour, on n'a pas le temps de faire ça, donc à mon avis les risques sont très très faibles. »

Dr 8 : « Oui, oui, il n'y a pas à justifier pourquoi t'avanceras pas les frais, c'est tout c'est comme ça, c'est le système de soins, tu te sens moins coupable de ne pas payer quoi, tu te sens pas pauvre de ne pas payer. »

## b) Les opposants

Certains médecins étaient **réticents au TPG** car ils craignaient l'établissement d'une médecine à deux vitesses et une **déresponsabilisation** des patients menant à une consommation déraisonnée de soins (325) (469).

Ils remettaient en cause aussi le « **projet loi santé** » (39), notamment la **délégation de tâches** à d'autres partenaires de santé (435).

Dr 9 : « Non, mais le problème c'est pourquoi ils ont rendu la mutuelle obligatoire, c'est pour pouvoir passer au TPG avec l'idée d'augmenter la prise en charge des mutuelles et diminuer celle de la Sécu. »

Dr 20 : « C'est le problème de la déresponsabilisation qui fait un peu débat en ce moment. Maintenant je pense quand même, je pense, c'est peut être pas à généraliser non plus mais quand on paye, on peut être un petit plus responsable. »

Dr 9 : « {...} Dans l'idée, quand on parle des campagnes de vaccination et la délégation de tâches et quand on s'oppose à la délégation de tâches, en soi par exemple sur les vaccins par les pharmaciens, par la sage femme qui va faire le frottis etc. C'est pas seulement parce qu'ils vont nous prendre le pain de la bouche, on a pour l'instant beaucoup de travail, on n'a pas peur pour nos revenus mais on sait très bien que ça va baisser en efficience, c'est-à-dire que le vaccin de la grippe qui est donné aux infirmières et plus seulement aux médecins il a déjà baissé et si on le donne aux pharmaciens ça baissera encore, parce qu'il y a aucun retour et qu'il y a pas de coordination et que les patients qui en ont le plus besoin ils ne vont pas être repéré. »

## DISCUSSION

### I. Forces et faiblesses du travail

#### A. Forces

##### 1. Méthode choisie

Comme précisé dans l'introduction, les inégalités sociales de santé ont fait une apparition très tardive dans le champ de la santé publique en France. Très peu de recherche a été menée sur ce thème à ce jour.

Les médecins généralistes apparaissent globalement peu renseignés sur le sujet alors même qu'il serait nécessaire que ces notions soient entendues par l'ensemble du corps médical (18).

Il me semblait évident que la méthode qualitative était la plus adaptée pour ce type de recherche, dans le but d'obtenir une approche compréhensive. Je voulais en effet comprendre comment les médecins généralistes se situent dans le parcours de soins d'un patient en situation de précarité. Je choisis de faire mon recueil de données grâce à la méthode des focus groups, avec l'espoir de faire ressortir de nombreuses idées par l'échange et le dynamisme des groupes. Les participants purent discuter des aspects qui les opposaient mais aussi de ceux qui les reliaient. Ils s'exprimèrent sur « des nuances entre leurs visions, leurs croyances ou leurs opinions » (23).

Il fut intéressant d'observer l'enthousiasme avec lequel les participants partagèrent leurs expériences et leurs réflexions. Certains me déclarèrent en aparté avoir été ravis de participer à ce genre de réflexion et si disaient prêts à retenter l'expérience. D'autres, se questionnaient lors des échanges et remirent en cause leurs pratiques.

C'est pourquoi je pense que le recueil de données par focus group était adapté pour ce thème.

## **2. Travail en binôme**

Cette étude venait s'inscrire dans un travail de recherche composé de deux parties, chacune réalisée par une chercheuse. Les analyses des deux parties furent cependant menées en binôme. Chaque entretien bénéficia d'un double codage, réalisé en aveugle du résultat de l'autre chercheuse, ce qui permit d'augmenter la validité interne de l'étude et de limiter les biais de subjectivité.

Cette étude auprès des médecins généralistes débuta après le double codage de huit entretiens réalisés auprès des patients. Je pus alors, adapter mon canevas d'entretien en fonction des thèmes qui ressortaient de l'étude auprès des patients.

## **3. Taille et pertinence de l'échantillon**

Il était intéressant de réaliser cette étude sur différents secteurs géographiques (Boulogne-sur-Mer, Dunkerque, Secteur Lillois, Secteur du Valenciennois) car cela permit de recueillir des données exhaustives. En effet les médecins n'étaient pas confrontés aux mêmes problèmes. Je notai, une différence sur les questions concernant la personne âgée isolée.

## **4. Réponse à la question de recherche.**

L'analyse thématique et descriptive permit de répondre à ma question de recherche. Cinq grands thèmes furent développés :

- Représentations des patients en situation de précarité pour le médecin généraliste.
- Le médecin généraliste, pivot du parcours de soins du patient en situation de vulnérabilité.
- Les obstacles dans le parcours de soins.
- Les leviers identifiés pour améliorer la précarité.

- Les besoins institutionnels pour améliorer le parcours de soins.  
Ces thèmes reprenaient les grands axes du guide d'entretien.

## **B. Faiblesses**

### **1. Recrutement**

Il existait tout d'abord un biais de sélection car tous les participants avaient une sensibilité plus ou moins marquée à la précarité. En effet, suite au taux élevé de non-réponses et de refus téléphoniques, j'avais contacté des médecins de mon réseau. De par mes centres d'intérêts personnels, il s'agissait de collègues étant plutôt sensibilisés à la précarité.

J'aurais sans doute dû contacter plus de médecins par téléphone ou me déplacer directement dans les cabinets médicaux pour rencontrer les médecins et expliquer ma démarche.

Un seul mail ou une lettre n'est probablement pas suffisant pour faire naître un intérêt pour ce sujet qui, je pense, reste tabou.

Le début de mon enquête coïncida de plus avec la réforme sur le tiers payant généralisé et il existe à mon sens de nombreux amalgames entre tiers payant généralisé et précarité de la part des médecins généralistes.

Par ailleurs, le nombre des participants dans un focus group était insuffisant.

Le focus group 2 était ainsi composé uniquement de trois participants, ce qui est trop peu pour faire émerger des échanges de qualité : selon la littérature, un minimum de quatre participants serait nécessaire (24). Je choisis toutefois de l'intégrer aux résultats car il amenait de nouveaux thèmes.

Je pris le parti d'intégrer des remplaçants dans mon étude pour deux raisons : ils étaient plus disponibles et je pensais qu'ils pouvaient nuancer certains propos de médecins installés, pour quelques-uns depuis de nombreuses années. Je restais cependant consciente que certains résultats étaient spécifiques au statut de remplaçant et ne pouvaient être généralisés.

Le quatrième focus group manquait d'homogénéité car il se composait de cinq jeunes médecins de la métropole lilloise et d'un seul médecin installé depuis

longtemps dans le Valenciennois. A l'analyse des résultats, je trouvais cependant qu'il y avait eu de bons échanges entre les deux générations.

Hormis dans le focus group 3, les participants ne se connaissaient pas. Selon moi, deux biais opposés pouvaient résulter de la connaissance, professionnelle ou privée, des autres participants du focus group. Il pouvait s'agir soit d'une facilité augmentée à parler et à échanger, soit, inversement, d'une auto-censure et/ou d'une inhibition de certaines idées difficiles à exprimer car à même d'entraver les relations amicales.

## 2. Méthode

La méthode du focus groupe nécessite une bonne maîtrise du sujet par le modérateur, mais aussi une bonne maîtrise de soi. Il doit être capable de réaliser l'entretien sans laisser transparaître de subjectivité. Je n'ai pas trouvé cet exercice si facile mais pouvais sentir que je gagnais en expérience au fil des entretiens.

Il ne m'a pas toujours été évident de donner la parole à tout le monde car dans chaque groupe apparaissaient un « dominant » et/ou parfois « des randonneurs » qui déviaient du sujet (24).

Certains participants échangeaient peu, étant sans doute inhibés par l'effet de groupe. Un participant vint me confirmer en aparté qu'il aurait aimé avancer plus d'idées mais avait été gêné par les autres participants.

Ma propre participation à l'étude était en elle-même un biais de subjectivité. En effet, quelques questions étaient orientées par mon « expérience collatérale » (25) de bénévole dans une association défendant l'équité des soins. Ce biais aurait éventuellement pu être évité si nous avions interverti les rôles avec l'autre chercheuse, cette dernière prenant le rôle de modératrice et moi celui d'observatrice. Pour autant, travaillant toutes deux sur le même sujet et partageant nombres d'opinions, le biais aurait pu être tout aussi présent.

Comme indiqué précédemment, il m'a été difficile de composer les focus groups avec un nombre suffisant de participants. J'aurais pu alors croiser ces données avec des données recueillies en entretien individuel. Ce travail pourrait d'ailleurs être fait dans un second temps pour améliorer la validité des résultats.

### **3. Saturation des données.**

Si lors de la lecture flottante du dernier entretien, il me sembla qu'aucune idée nouvelle n'y avait été développée, certains codes nouveaux apparurent lors du codage focalisé.

J'arrivais par contre à saturation des thèmes et des sous thèmes définis préalablement aux entretiens. Il était possible que les questions du canevas d'entretien fussent trop vastes.

### **4. Méthode d'analyse**

La catégorisation des thèmes et sous thèmes était soumise à un biais interprétatif. J'aurais pu utiliser la théorie des catégories universelles de Peirce qui ordonne les idées selon leurs relations de signification et de subordination (25) mais par manque de pratique pour cette méthode je ne l'ai pas fait.

## **II. Mes principaux résultats**

Mon travail avait pour but de décrire la place du médecin généraliste dans le parcours de soins d'un patient précaire et d'en identifier les freins et les leviers.

Au début des entretiens, je demandais aux médecins d'indiquer leur propre définition de la précarité ainsi que des aspects particuliers de la précarité qu'ils pensaient rencontrer dans leur pratique.

### **A. Place du médecin généraliste dans le parcours de soins.**

#### **1. Rôle de pivot du médecin généraliste**

Tous les médecins étaient d'accord avec leur rôle de pivot dans le système de soins, que ce soit avec les patients précaires ou non. Ils se définissaient comme la « porte d'entrée » du système de soins, avant d'orienter et coordonner le parcours de soins de chaque patient.

Certains estimaient cependant devoir être plus présents avec les patients en situation de précarité. En effet ces derniers méconnaîtraient souvent leurs droits et auraient besoins de plus d'explications pour arriver à comprendre les tenants et aboutissants du système de soins.

Ces résultats rejoignent les dires de P. Flores et H. Falcoff (26). Dans l'article « Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé », ils reprennent une définition récente de la médecine générale : « Le médecin généraliste est un spécialiste entraîné à travailler en première ligne des systèmes de santé et à organiser les démarches initiales pour délivrer les soins devant tout problème de santé {...} et organise les ressources disponibles au mieux de l'intérêt des patients » (27).

De plus, selon un rapport de l'INSEE (Institut National de la statistique et des études économiques) publié en mai 2001, 85% des personnes de plus de 15 ans avaient vu un médecin généraliste au moins une fois dans l'année (28). Ce rapport insistait sur sa place prépondérante dans le parcours de soins des patients et sur son rôle de premier interlocuteur quant au problème de santé des patients.

Cependant une étude menée par Médecins du Monde en 2006 révélait que cet accès à la médecine générale n'est pas toujours équitable. Cette enquête téléphonique auprès de 275 médecins généralistes dans 10 villes avait permis de mesurer le taux de refus de soins des bénéficiaires de l'AME et de la CMU. Près de quatre médecins sur 10, soit 37%, refusaient les soins pour un bénéficiaire de l'AME et 10% refusaient les soins aux bénéficiaires de la CMU. Les médecins du secteur 2 refusaient pratiquement deux fois plus souvent leurs soins que les médecins du secteur 1, et ce quel que soit le type de couverture maladie (29).

Dans mon étude les remplaçants citaient ce type de refus. Ils remplaçaient certains médecins qui n'acceptaient aucun tiers payant.

En conclusion, le médecin généraliste a un large accès à la population et à toutes les catégories sociales. Il devient un témoin privilégié de l'état de santé de la population française, dans l'éventualité cependant où ces patients peuvent accéder à la médecine générale.

## 2. Différentes typologies de médecins

Les médecins orientaient les patients vers d'autres confrères ou institutions lorsque la situation le demandait. Je pus m'apercevoir que ces orientations différaient selon les médecins.

Certains préféraient orienter vers des confrères sensibilisés sans prendre l'avis du patient. D'autres orientaient systématiquement vers les consultations publiques de l'hôpital. D'autres enfin, informaient le patient et lui laissaient le choix.

C. De Pauw, docteur en sociologie, avait étudié la relation médecin-patient dans son travail de thèse (30). Elle s'était inspirée des travaux de deux chercheurs américains, Emanuel EJ et Emanuel LL (31) qui décrivaient quatre typologies de médecins :

- le médecin « délibératif »,
- le médecin « paternaliste »,
- le médecin « informatif »,
- et le médecin « interprétatif ».

Les caractéristiques de ces différentes typologies sont illustrées dans le tableau 2.

**Tableau 2 : Comparaison des différents modèles de relation médecin-patient retenus par Emmanuel et Emmanuel (1992)**

	<i>Informatif</i>	<i>Interprétatif</i>	<i>Délibératif</i>	<i>Paternaliste</i>
Valeurs du patient	Définies, fixées et communiquées au patient	En construction et conflictuelles, nécessitant une élucidation	Ouvertes à un développement et à une révision à travers un débat moral	Objectives et partagées par le médecin et le patient
Devoirs du médecin	– Fournir une information factuelle pertinente – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Élucider et interpréter les valeurs du patient utiles – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	– Articuler et convaincre le patient des valeurs les plus admirables – Informer le patient – Mettre en œuvre l'intervention choisie par le patient	Promouvoir le bien-être du patient indépendamment des préférences qu'il exprime
Conception de l'autonomie du patient	Choix et contrôle du soin médical	Compréhension de soi utile au soin médical	Auto-développement moral utile au soin médical	Assentiment à des valeurs objectives
Conception du rôle du médecin	Expert technique compétent	Conseiller	Ami ou enseignant	Gardien, tuteur

Source : cité par Fournier et Kerzanet, 2007 (32)

Je retrouvais dans mon étude trois des quatre typologies :

- Des médecins se rapprochaient du médecin « paternaliste » aussi appelé « médecin parent » : son objectif est de promouvoir la santé et le bien-être de son patient en mettant les intérêts du patient au-dessus des siens. L'objectif du médecin « paternaliste » est que son patient adhère à ses choix puisqu'ils sont les « meilleurs ». En cas de désaccord avec son patient, la préférence du médecin ira vers la rationalité médicale quitte à devenir autoritaire et imposer son choix. Le médecin paternaliste attend d'ailleurs une reconnaissance du patient.

- D'autres ressemblaient au modèle du médecin « interprétatif » dont l'objectif est de comprendre les croyances et valeurs de son patient pour savoir ce qu'il souhaite et l'aider à choisir les interventions médicales en accord avec ces dernières. Il présente au patient les différentes options qui s'offrent à lui et les mets en lien avec ses croyances afin de voir quelle intervention est la plus appropriée.

- D'autres enfin correspondaient au médecin « délibératif » dont l'objectif est d'aider le patient à prendre une décision en faisant un rapport santé/valeurs et ce en considération de la situation clinique. Il conçoit son rôle comme celui d'un enseignant et compte sur le dialogue pour pouvoir convaincre le patient de la meilleure ligne de conduite à suivre. Il vise l'auto-développement de son patient.

Je n'attribuais pas de typologie à chaque médecin car je pense qu'il serait au préalable nécessaire de faire auprès de chaque médecin une étude complémentaire avec une approche anthropologique. Je notais quand même une différence entre les « jeunes » médecins et les médecins installés depuis plus de dix ans. Les « jeunes » médecins se rapprochaient plus du type « interprétatif » alors que les typologies du médecin « paternaliste » et du « délibératif » étaient plutôt représentées par les médecins plus âgés.

### **3. Les obstacles rencontrés au parcours de soins**

Les médecins étaient aussi confrontés à des difficultés pour bien orienter leurs patients précaires dans le secteur secondaire. Les dépassements d'honoraires, l'absence de mutuelle complémentaire, les refus de soins par certains médecins compliquaient le parcours de soins du patient précaire. Ils étaient unanimes sur ces trois points.

J'ai retrouvé dans la littérature différents rapports confirmant ces obstacles.

Un rapport de 2007 de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) confirmait la forte augmentation des dépassements d'honoraires sur les 10 années précédant l'enquête. Ainsi en 2004, en Ile-de-France, le taux moyen de dépassement d'honoraire des praticiens en secteur 2 était par exemple de 99% pour les chirurgiens, 87% pour les ophtalmologues et 86% pour les gynécologues (33).

D'après les chiffres publiés par l'ARS (Agence Régionale de Santé) en 2013, le Nord se situait parmi les départements les plus touchés par ce type de pratiques puisque plus de 30% de médecins spécialistes y pratiquaient des dépassements d'honoraire avec des taux supérieurs à 25% du tarif de la sécurité sociale. Le Pas-de-Calais en revanche faisait partie du groupe le moins touché avec moins de 30% de spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraire et ces derniers représentant le plus souvent moins de 25% du tarif de la sécurité sociale (13).

De plus, selon l'Enquête sur la Santé et la Protection sociale (ESPS) menée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) en

2008, il y avait alors près de quatre millions de personnes sans complémentaire de santé en France métropolitaine. Ce non-recours était « plus subi que choisi » (34), et 30% des personnes sans couvertures de soins renonçaient à des soins dentaires. Le non-recours était plus fréquent dans la catégorie des inactifs et dans celle des actifs, chez les ouvriers et employés (35).

Le « Fonds CMU » a mené une enquête en 2005 auprès de 215 médecins et dentistes dans le département du Val-de-Marne. Il en ressortait que les médecins spécialistes opposaient un taux de refus élevé (41%) tout comme les dentistes (39 %). A noter que les médecins généralistes opposaient un taux de refus de soins de 4,8% (1,6% pour les médecins généralistes du secteur 1 ; 16,7% pour ceux du secteur 2) (36).

Ainsi les médecins généralistes doivent constamment adapter le parcours de soins du patient précaire en fonction des possibilités d'orientation dont ils disposent. Ces obstacles l'obligent à faire des choix renforçant les inégalités et les stigmatisations envers les personnes en situation de précarité.

#### **4. Autres rôle du MG**

Les précaires ont souvent des parcours de vie générateurs de souffrance morale les amenant à consulter le médecin généraliste. Cette souffrance est souvent cachée par un motif flou et imprécis. Les médecins interrogés y étaient souvent confrontés et la consultation consistait plus souvent en de l'écoute et du soutien psychologique, rallongeant le temps de la consultation.

Certains médecins avaient de ce fait développé une compétence de psychothérapeute pour répondre à cette détresse psychique. Ceci faisait partie intégrante de leur rôle de médecin généraliste, d'autant plus qu'il leur était difficile d'orienter ces patients vers le secteur psychiatrique tant il était saturé. D'autres se sentaient démunis devant de tels problèmes du fait de leur manque de compétence qui les empêchait d'aider ces personnes.

Le premier à avoir dénoncé le lien entre souffrance psychique et situation sociale est le Professeur Lazarrus dans son rapport de 1995 (37) : « Une souffrance

qu'on ne peut plus cacher ». Suite à ce rapport, les politiques prirent conscience de « la santé mentale des plus démunis » ce qui se traduit par l'article 67 de la Loi de Lutte contre les Exclusions du 29 juillet 1998 (38).

J. Furtos, psychiatre et directeur scientifique de l'Observatoire Nationale des Pratiques en Santé mentale et Précarité travaille lui aussi sur le lien entre souffrance psychique et précarité. Selon lui, la notion de santé mentale ne s'arrête pas aux pathologies et pratiques psychiatriques : « Une santé mentale suffisamment bonne est définie par la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non pas sans révolte. » C'est pourquoi il apparaît important de maintenir une distinction entre santé mentale et troubles mentaux (39).

L'étude de B. Royer et G. Gusto, menée en 2000 dans 12 centres d'examens de santé avait comparé des populations précaires et des populations favorisées définies selon le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examen de Santé) (annexe 5), et avaient deux à six fois plus de risques que les populations favorisées de présenter des troubles anxieux, dépressifs ou de consommer des médicaments psychotropes (40).

Ainsi, le médecin généraliste se trouve à nouveau le témoin privilégié de ces souffrances psychologiques. Je pense qu'il serait donc, nécessaire de revoir la formation des médecins généralistes sur les outils d'aide à la psychothérapie, mais aussi très également de retravailler certainement le lien entre médecine générale et secteur psychiatrique de ville et ce même s'il existe déjà des réseaux « Précarité et Santé mentale » dans certaines villes. En effet, on compte 16 réseaux précarité santé mentale dans le Nord-Pas-de-Calais qui coordonnent les différents intervenants médico-sociaux (41).

## **B. Les déterminants sociaux de santé (DSS)**

### **1. Prise en compte des déterminants sociaux de santé**

Tous les médecins interrogés estimaient avoir une approche globale dans la prise en charge de leurs patients précaires ou non précaires. Ils donnaient à leur pratique une dimension plus holistique, dépassant le stade de simple « curateur ». Ils utilisaient l'approche bio-médico-social.

Mais cette étude mit cependant en évidence que les déterminants sociaux de la santé n'étaient pas recherchés activement et de manière systématique.

J'identifiais deux attitudes :

- Un premier groupe de médecin recherchait spontanément les DSS. Pour eux cela faisait partie du dossier du patient. Ils le faisaient de manière non codifiée, sur plusieurs consultations car ils pensaient qu'il était nécessaire d'avoir au préalable créé une relation de confiance avec son patient. Ils s'appuyaient sur des critères administratifs (type de couverture maladie, le métier, le logement) et des critères plus informels construits selon leurs propres représentations (aspect physique, odeur, langage). Ce groupe était souvent représenté par les médecins installés de longue date.

- Les médecins remplaçants ou les jeunes installés ne recherchaient pas spontanément les DSS, ils ne s'y intéressaient que lorsque la situation le demandait ou s'il existait des indices évidents. Souvent ils s'en rendaient compte à la fin de la consultation, lors du passage de carte Vitale. Ils repéraient ainsi les bénéficiaires de la CMUc.

Ces résultats coïncident avec deux travaux de thèse d'exercice en médecine générale.

Un premier, réalisé en 2013, avait décrit par une enquête descriptive randomisée les moyens utilisés par les médecins généralistes pour repérer les personnes en situations de précarité (42). Une seconde étude publiée en 2014 (43)

s'était aussi penchée sur le mode de recueil des données sociales grâce à un recueil établi par Collège de la Médecine Générale (CMG) et publié en Mars 2014 (16).

Ces deux travaux montraient que l'ensemble des médecins généralistes n'utilisait pas de questionnaire-type ni ne recherchait de façon systématique les déterminants sociaux de leurs patients.

Le CMG identifiait sept informations qu'il recommandait d'intégrer dans le dossier médical pour permettre une prise en compte minimale de la situation sociale d'un patient en médecine générale :

- Le sexe
- La date de naissance
- L'adresse
- Le statut par rapport à l'emploi
- La profession éventuelle
- Le type de couverture sociale
- Les capacités de compréhension du langage écrit

A chaque information, existe une question type à poser.

Il définissait une question type à poser pour chaque information (annexe 6).

Ces différents travaux de thèse et le mien, appuyés par la recommandation du CMG, mettent en évidence qu'il est nécessaire de rendre systématique le repérage des caractéristiques sociales de chaque patient.

## **2. La précarité, un sujet tabou et difficile**

Mais certains médecins se questionnaient sur le caractère « jugeant » et intrusif de ces questions. Même s'ils connaissaient l'impact que peut jouer la précarité sur la santé, ils n'osaient pas les poser.

Un médecin s'interrogeait sur ce rôle là : était-ce à lui de le faire ? Cela ne dépassait-il pas ses compétences de médecin généraliste ?

D'autres hésitaient à le faire car il s'agissait souvent de situations qui leurs généraient des émotions vives et leurs demandaient une implication forte. Ces propos étaient fréquemment avancés par des médecins femmes.

Ce fait était supporté par une étude menée dans différents pays européens qui avait montré que les femmes généralistes auraient une communication avec leur patient plus empathique et porteraient une attention plus particulière aux problèmes psycho-sociaux (44).

Selon A-C. Schieber : « La rencontre entre un patient et son médecin est avant tout celle de deux vécus à la croisée de deux chemins semés de préoccupations diverses, d'attentes différentes avec des enjeux parfois opposés. La complexité de la relation médecin-malade va alors dépendre des caractéristiques propres du médecin , de son histoire, de ses attitudes et des ses valeurs mais aussi des caractéristiques propres du patient {...} » (45).

### **C. La définition de la précarité, une notion complexe.**

Cette étude montrait la difficulté que les médecins avaient à définir la précarité. Ils établissaient aussi différents niveaux de précarité.

Tous soulignaient la difficulté à repérer certaines situations précaires. Ils voyaient notamment émerger dans leur patientèle une nouvelle forme de précarité touchant des personnes des classes dites moyennes et dont les revenus ne leurs permettaient pas de toucher la CMUc car ils dépassaient les seuils minimums imposés. C'est la logique du « tout ou rien » (30).

Pour rappel, l'attribution de la CMUc en France est définie à partir du seuil de pauvreté (46). Au 01/07/2014, le barème d'attribution pour une personne seule était de 720 euros par mois.

Tous étaient unanimes pour dire que la précarité est un cumul de vulnérabilités qui peut amener à une situation instable : elle est partout et peut toucher tous les âges et toutes les classes sociales. Ils établissaient une différence entre précarité et pauvreté.

Ceci rejoint la définition de J Wresinski : « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs 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. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, lorsqu'elle devient persistante, elle compromet les chances de réassurer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible » (14).

Selon I. Parizot « L'emploi des termes globalisant tels que « précarité » ou « exclusion » ne doit cependant pas masquer la diversité des situations {...} la précarité constitue bien un processus, un continuum de situations » (47).

Il était intéressant d'observer le dynamisme des échanges sur ce thème. La première idée qui ressortait était toujours le critère financier. Le débat permettait ensuite de faire ressortir de nombreux autres critères, qui je pense n'auraient pas été si variés en entretien individuel.

## **D. Les pistes**

Les jeunes médecins soulevèrent le manque cruel de formations sur la prise en charge des patients précaires alors que les médecins installés depuis longtemps n'avaient pas du tout abordé le problème. Cette différence pourrait s'expliquer par l'acquisition de connaissances au fil de leur pratique. Confrontés à la précarité, ils avaient trouvé les outils nécessaires pour permettre de répondre au mieux aux situations des patients. De plus la formation des futurs médecins généralistes aborde trop peu la question des inégalités sociales de santé.

Ainsi, une étude fut menée auprès d'internes de médecine générale à Marseille qui montrait que la plupart des internes méconnaissaient les inégalités sociales de santé puisque sept internes sur dix ne connaissaient pas le risque accru de pathologie cardio-vasculaires chez les patients en situation de précarité. Ils avaient « une vision réduite des déterminants de santé, conforme aux logiques du modèle bio-médical » (48).

Il serait donc nécessaire de repenser la formation médicale initiale et dès probablement le deuxième cycle des études médicales avant même la spécialisation des internes.

Les médecins avaient conscience que la précarité était un enjeu de santé publique et qu'ils avaient un rôle à jouer. Mais ils se demandèrent si le système libéral était le mieux adapté pour répondre aux situations sociales difficiles. Ils soulevèrent le problème qu'il s'agissait souvent de consultations plus longues et plus complexes et remirent donc en question le paiement à l'acte. Certains souhaitèrent la revalorisation de certains actes.

D'autres systèmes de santé existent. On peut citer les centres de santé (CES) ou d'autres systèmes alternatifs comme le centre de santé communautaire « la case de santé » à Toulouse.

Il me semble qu'il serait nécessaire et pertinent de réaliser une autre étude pour approfondir cette question sur les différents modèles de système de santé envisageable.

## CONCLUSION

Le médecin généraliste est un acteur clé dans le système de soins pour les patients en situation de précarité. Bien qu'il soit l'acteur « central », il est aussi la porte d'entrée principale dans le système de soins pour chaque patient.

Selon la catégorie socio-professionnelle au quelle nous appartenons, notre santé de base est différent. Le médecin généraliste doit alors tenir compte des différents déterminants sociaux de santé pour adapter au mieux sa prise en charge.

Cependant, les médecins interrogés ne les recherchent pas de façon systématique, seulement si la situation est identifiée comme « précaire ».

De plus, les jeunes médecins soulèvent leur manque de formation dans le domaine de la précarité les empêchant d'aborder l'aspect psycho-social dans leur prise en charge.

Tous déplorent un accès aux soins secondaires difficiles par des dépassements d'honoraires voire des refus de prises en charge pour des patients bénéficiant de la CMU/AME.

En effet, les médecins remettent en question le système libéral et soulèvent la nécessité de repenser le mode de rémunération ou de le revaloriser.

Il est alors évident que si le médecin généraliste est un des acteur dans la réduction des inégalités sociales de santé, les médecins généralistes devraient être mieux formés pour rendre systématique la recherche de ces facteurs de vulnérabilité et pouvoir améliorer leur prise en charge. Cette formation pourrait déjà commencer dès le second cycle pour pouvoir toucher un grand nombre d'étudiants.

Puis faut-il que notre système de santé change, le système libéral a t-il encore sa place ?

Pour finir je rajouterai que ce travail a été rendu original par le fait de l'avoir mené en parallèle avec l'autre étude qui s'intéressait aux patients. En effet, ceci nous permettra de confronter le savoir expert avec le savoir profane le jour de la soutenance. Ce travail est bien entendu qu'un travail exploratoire qu'il faudra compléter par des entretiens individuels et une étude quantitative.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | Rapport sur la santé dans le monde, 2000 – Pour un système de santé plus performant [Internet]. WHO. [cited 2015 May 31]. Available from: <http://www.who.int/whr/2000/fr/>
2. L'état de santé de la population en France [Internet]. DRESS; 2015. Available from: [http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds\\_v11\\_16032015.pdf](http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf)
3. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. 2011 Oct;(1372).
4. Moleux M, Schaetzel F, Scotton C. Les inégalités sociales de santé: Déterminants sociaux et modèles d'action. Paris IGAS [Internet]. 2011 [cited 2015 May 11]; Available from: <http://democsa.sharepoint.com/Documents/rapports%20inegalites%20sociales.pdf>
5. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe. Santé21 introduction à la politique-cadre de la Santé pour tous pour la région européenne de l'OMS. Copenhague: Organisation mondiale de la santé; 1998.
6. CNLE. 1999 : La Couverture maladie universelle (CMU) [Internet]. Available from: <http://www.cnle.gouv.fr/1999-La-Couverture-maladie.html>
7. Dufour-Kippelen S, Legal A, Wittwer J. Comprendre les causes du non recours à la CMUc. Legos pour le fonds CMU; 2006 Sep.
8. DGS. La loi relative à la politique de santé publique : objectifs de santé, plans et programmes d'action. Santé Publique. 2004;16(4):587–96.
9. Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants de la santé. World Health Organization; 2009.
10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. [Internet]. Genève: OMS; 2010. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf)
11. OMS. La définition de la santé de l'OMS [Internet]. Available from: <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>
12. La Santé de l'homme n° 397 - " Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples " [Internet]. [cited 2014 Apr 8]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/slh/articles/397/02.htm>
13. ARS Nord-Pas-de-Calais. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) pour les populations en situation de précarité. [Internet]. ARS

- Nord-Pas-de-Calais; 2013. Available from:  
[www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/.../NORD-PAS...CALAIS/.../\\_PRAPS\\_I...](http://www.ars.nordpasdecalsais.sante.fr/.../NORD-PAS...CALAIS/.../_PRAPS_I...)
14. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Direction des journaux officiels; 1987.
  15. Insee. Revenu disponible correspondant au seuil de pauvreté 2012 selon le type de ménage [Internet]. Available from:  
[http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=NATnon04410](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon04410)
  16. INPES, CMG. Prendre en compte les inégalités de santé en médecine générale [Internet]. Repères pour votre pratique; 2014. Available from:  
[www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1538](http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1538)
  17. Bago d'UVA T, Joves A. Health care utilisation in Europe: new evidence from the ECHP. *J. 2009 Mar*;28(2):265–79.
  18. Lemaire C. Représentations des médecins généralistes sur les Inégalités Sociales de Santé Étude qualitative réalisée chez 15 médecins généralistes de la région avignonnaise [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2012.
  19. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliat L. Méthode de recherche. S'approprier la méthode du focus group. *2004 Mar*;18(645):382–4.
  20. Thibeault E-N. A propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés [Internet]. <http://www.adjectif.net/spip>. 2010 [cited 2015 May 31]. Available from:  
<http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58>
  21. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [Internet]. Repéré à [www.theorisationancree.fr/guide.pdf](http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf); 2009 [cited 2015 May 7]. Available from:  
<http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>
  22. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, Davaid M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *2013*;105:4–11.
  23. Baribeau C. Analyse des données des entretiens de groupe. *Rech Qual. 2009*;28(1):133–48.
  24. Touboul P. Recherche qualitative: La méthode des focus groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de santé publique Nice; 2010.
  25. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique: une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer. 2013*;24(105):4–11.
  26. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? *Rev Prat. 2004*;54:2263–70.

27. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice-time for a new definition. 2000;320:354–7.
28. Etat de santé de la population. France portrait social 2003-2004. Paris, France: INSEE; 2003 p. 204–5.
29. Rapport d'enquête " Je ne m'occupe pas de ces patients ", testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU ou le l'AME dans 10 villes de France. Médecins Du Monde; 2006 Nov.
30. De Pauw C, Cresson G. Prise en charge des personnes précaires en médecine générale. Un levier dans la lutte des inégalités sociales de santé. Université Lille 1; 2012.
31. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. 1992;267(16):2221–6.
32. Fournier C, Kerzanet S. Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature. Santé Publique. 2007;19(5):413.
33. Aballea P, Bartoli F, Eslous F, Yani. Les dépassements des honoraires médicaux. IGAS; 2007 Avril.
34. Perronnin M, Pierre A, Rochereau T. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. 2011 Jan [cited 2015 May 20];(161). Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>
35. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 - rap1800.pdf [Internet]. [cited 2015 May 20]. Available from: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>
36. Desprès C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle. DIES; 2006 Mai.
37. Lazarrus A. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher : rapport [Internet]. [cited 2015 May 21]. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/954050300/index.shtml>
38. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. 98-657 juillet, 1998.
39. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. 2007 Sep;(11):24–33.
40. Royer B, Gusto G, Vol S. Situation de précarité, santé perçue et troubles anxio-dépressifs : une étude dans 12 centres d'examen de santé. 2010 Dec;41(4):313–21.
41. Programme régional de Santé mentale du PRS Nord-Pas-de-Calais 2012-2016 Prévention, soins Psychiatriques et parcours de soins. ARS Nord-Pas-de-Calais; 2013 juin.

42. David-Meslin A, Vanwassenhove L. Comment les médecins généralistes de Loire-Atlantique repèrent-ils les situations de précarité de leurs patients ? [France]; 2013.
43. Ernst Toulouse C, Nollet C, Jourdain M. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé: perspectives en médecine générale. France; 2014.
44. Van den Brink-Muinen A, Verhack P, Bensing J. Communication in general practice: differences between European countries. 2003;20:475–85.
45. Schieber A-C. Etude de la relation patient-médecin généraliste : quel éclairage sur les inégalités sociales de santé ? Analyse des données épidémiologiques et des productions interdisciplinaires issues du projet INTERMEDE [Internet] [phd]. Université de Toulouse, Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cited 2015 May 24]. Available from: <http://thesesups.ups-tlse.fr/2418/>
46. Insee - Revenus-Salaires - Seuils de pauvreté mensuels [Internet]. [cited 2015 May 19]. Available from: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref\\_id=natsos04401](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natsos04401)
47. Parizot I. Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires. In Lebas J, Chauvin P. Précarité et Santé p33.
48. Ernst S, Mériaux I. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé: faire partie du problème ou contribuer à la solution. [Marseille]: Faculté de médecine Aix Marseille; 2013.
49. Sass C, Guégen R, Moulin J-J. Comparaison du score individuel de précarité des centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité. 2006;18.

## ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entretien, version finale

#### 1. Caractéristiques des participants

- Nombre de participants
- Age et sexe des participants
- Lieu d'exercice (Milieu rural, ZUS, urbain, centre de santé)

#### 2. Représentations des patients en situation de précarité pour le médecin généraliste

- Rencontrez-vous des personnes précaires dans votre pratique quotidienne ?
- **Questions de relance** : À quelle fréquence ? Comment cela se déroule ? Pour quel motif voyez-vous ces patients ?
- Comment faites-vous dans votre pratique quotidienne pour repérer un patient précaire ?
- Au cours d'une consultation qu'est-ce qui vous laisseriez penser que c'est un patient en situation de précarité ? Recherchez vous spontanément ces critères ?
- **Question de relance** : La CMUc est-il un critère de précarité ?
- Pouvez-vous décrire les particularités s'il en existe que vous rencontrez avec les patients en situations de précarité ?

### 3. Place du médecin généraliste dans le parcours de soins et prise en compte des déterminants sociaux de santé (DSS)

- Selon vous quel est votre rôle dans le parcours de soins ?
- **Questions de relance** : Prenez-vous en compte les caractéristiques sociales du patient dans vos prises en charge ? Comment les prenez-vous en compte ?
- Comment procédez-vous pour orienter vos patients vers le secteur social ? Avez-vous des retours ?
- Comment se passe l'orientation de ces patients vers le secteur secondaire ? Et Le secteur paramédical (kinésithérapeute, podologue, psychologue, étio-pathe, ostéopathe) ?
- **Question de relance** : Etes-vous amenés à prendre en charge ces problèmes ?
- Quel rôle jouez-vous dans le champ de la prévention ?
- **Questions de relance** : Pouvez-vous décrire vos interventions auprès de ces patients ? Rencontrez-vous des freins ? Les patients adhèrent-ils à cette démarche ?

### 4. Perspectives et besoins en médecine générale pour prendre en charge les patients précaires.

- Que pensez-vous de la médecine générale actuellement envers les personnes en situation de précarité ?
- **Questions de relance** : Qu'apporteriez-vous à la médecine générale ? Ressentez-vous des frustrations dans votre pratique quotidienne ?
- Quels seraient vos besoins pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

## **Annexe 2 : Lettre envoyée aux médecins généralistes pour les solliciter à participer au focus group**

Chers confrères, Chères consœurs,

Etudiante en D.E.S. de médecine générale, je réalise ma thèse d'exercice sur le thème de la "précarité en médecine générale".

Mes différentes expériences professionnelles (bénévolat à Médecins du Monde, stage dans un dispensaire à Mayotte, remplacement en médecine libérale) m'ont amenée à me poser diverses questions sur la précarité.

Associée à une autre étudiante, Nounja Ballidan, nous avons choisi d'étudier la relation Médecin Généraliste de ville/patient précaire.

Notre travail se divise en deux parties, une enquête auprès des médecins généralistes et une autre auprès des patients précaires.

Mon travail s'intéresse aux médecins généralistes et ma question de recherche est : Rôle du médecin Généraliste dans le parcours de soins d'un patient précaire avec des droits ouverts.

Pour répondre à cette question j'utilise une méthode qualitative : l'entretien collectif.

Ainsi je sollicite votre participation en tant qu'acteur de terrain au quotidien. Vos expériences, vos analyses mises en commun lors d'un débat nous permettraient de répondre à cette question.

Ces entretiens pourraient se dérouler le soir en semaine ou le samedi en fonction des disponibilités. Idéalement, Il y aurait deux sessions, une début décembre et une autre mi-janvier.

Je vous mets en lien le doodle pour le sondage des disponibilités.  
<http://doodle.com/aztn3mc32xtzvhr>

Je me tiens bien entendu à votre disposition.

Au plaisir de vous lire.

Confraternellement

Ps : Je vous invite à transférer ce mail à vos confrères et à vos différents réseaux.

Géraldine Martin.

## Annexe 3 : Extrait du focus group1

M : Ok, bon et puis on v... Il nous reste une toute petite partie, donc c'est plutôt maintenant, plutôt général à la précarité et la médecine générale, en gros est-ce vous pensez que la médecine générale actuellement elle est adaptée à ces patients socialement défavorisés, « *blanc* » la médecine générale actuellement ?

Dr 4 : Non !

Dr 1 : Bah non, parce globalement on ne les voit pas.

Dr 4 : Non !

Dr 1 : C'est praticien dépendant !

Dr 5 : Ouais.

Dr 1 : C'est praticien dépendant !

Dr 3 : C'est complètement praticien dépendant !

Dr 5 : Si t'es ouvert ou pas au style de patient ?

Dr 1 : Ouais, c'est ça, c'est praticien dépendant !

Dr 5 : Qui est-ce qui disait, que tu ne vois aucun CMU à Marcq ? (*En s'adressant à Dr 3*)

Dr 1 : Mais, on voit bien la différence entre notre formation à l'hôpital et quand on arrive en cabinet.

M : Hum !

Dr 1 : On voit bien quand même que, moi sur tous les cabinets que j'ai remplacé, il y a en qu'un, où j'ai vu des patients AME. Et je pense que si je n'avais pas remplacé là bas, je n'aurais pas su que je pouvais me faire rembourser par la sécu, que je pouvais faire un tiers payant général.

M : Qu'est-ce qu'était l'AME déjà ?

Dr 1 : (*Rires*) Oui, déjà ce qu'était l'AME tout simplement. Déjà, je ne l'ai pas sue pendant ma formation. Je l'ai sue parce que quelqu'un en prenait, je l'ai sue parce que tu m'en a parlé (*en s'adressant à M*), je l'ai sue parce que j'ai travaillé à l'armée du salut.

M : Hum ! Donc, c'est par rapport à tes expériences professionnelles que t'es arrivée à étayer, à savoir...

Dr 1 : À savoir, je ne savais pas d'avance.

M : À agrandir tes connaissances des droits sociaux en fait...

Dr 1 : Hum !

M : D'accord ! Je rebondis un petit peu sur l'éducation thérapeutique (*Je m'adresse à Dr 2*), est-ce qu'il faudrait pas mettre dans les cabinets par exemple des centres d'éducation thérapeutique fait par des conseillères comme au planning familial ? Est-ce que vous pensez que ça peut être adapté ?

Dr 2 : Mais, est-ce que c'est à la médecine générale ?

Dr 3 : Ouais, c'est ça !

Dr 2 : Un moment y a la question avec le côté libéral quoi ?

Dr 3 : La question c'est aussi qui va rémunérer... Euh, parce que euh, bon...

M : C'est ma question. Est-ce que vous pensez que la médecine libérale actuellement ?

Dr 3 : Sur le principe, effectivement c'est une très bonne idée mais alors après on rentre plus dans un cabinet... Dans un... Un centre de santé plus que dans un cabinet de médecine générale euh...

Dr 5 : Hum !

Dr 3 : Et donc du coup, ces conseillères tout ça, ces assistantes sociales... Qui vont les rémunérer ?

M : Hum hum !

Dr 1 : C'est sûr que nous, on ne peut pas employer.

Dr 3 : Nous, on ne peut pas. On a déjà du mal, y' a certains cabinets où ils n'arrivent même pas à prendre une secrétaire, parce que s'ils travaillent tout seul dans leur cabinet, bah ils ne peuvent pas prendre de secrétaire tout seul parce que...

Dr 1 : Or déjà, je pense que d'avoir une secrétaire sur place, je pense que ça joue déjà sur le côté de pouvoir garder un contact avec des patients qui sont précaires...

M : D'avoir une secrétaire ?

Dr 1 : Parce que la secrétaire les connaît et dit « tiens, y'a Mr Machin qui est passé, je sais qu'il est euh, schizophrène.

Dr 3 : Ouais, exactement !

*(Dr 5 acquiesce).*

Dr 1 : Du coup, je me dis : « Je vais peut-être déranger le docteur pour lui dire, il est là, est-ce que vous pouvez pas le voir entre deux ? » Je ne sais pas... Je pense que.

M : (S'adresse à Dr 4). Et toi, tu parlais que t'étais dans un centre de santé... C'est un centre de santé ou c'est un regroupement ?

Dr 4 : C'est une maison de santé pluridisciplinaire, ce n'est pas vraiment un centre de santé. Pour en revenir, à ce que tu disais, moi je trouve que c'est possible que le médecin généraliste les prenne en charge, sauf que ce qu'il faudrait rendre possible, c'est de leur faire comprendre qu'il faut qu'ils viennent régulièrement. Parce que le problème, c'est qu'on a des journées, et qu'il faut que ça tourne, euh... Qu'il y a pleins de gens qui demandent tous les jours des rendez-vous, qu'il y a des enfants qui chauffent tous les jours et que soit... Mais, par contre tu stigmatises, soit tous les gens précaires tu les soignes tous au même endroit, et puis voilà tu mets des étiquettes comme on aime bien faire en France. Soit, tu peux toi te dire que tu les prends en charge, le problème c'est quand t'essaies de faire ça, les peu de fois où j'ai essayé de mettre des choses en place et tout, bah... C'est que, quand tu leurs dis : « On va pas tout faire aujourd'hui, par contre vous reviendrez dans trois jours, vous revenez la semaine prochaine et tout ça... » Et qu'ils ne sont pas d'accord. Alors, c'est un truc qu'il faudra faire ressortir dans votre travail. Est-ce qu'un jour, on va mettre en place les choses. Pourquoi y'a des consultations longues pour les patients déficients mentaux, les patients Alzheimer, et que t'as le droit de côter les 2 C, pourquoi t'as pas le droit de le faire pour des gens, qui donc du coup, enfin quelqu'un qui n'a pas vu un médecin depuis 4 ans. Comment tu veux le gérer en un quart d'heure, parce que t'as un quart d'heure parce qu'il a pas dit

quand il a appelé : « Ah bah j'ai pas vu le toubib depuis 4 ans ! » Bon et bah voilà...

*(Rires de l'assemblée)*

Dr 4 : Bon bah, il a exactement le même temps qu'un mec qui vient parce qu'il a le nez qui coule depuis deux jours ! Et ben voilà !

Dr 3 : Ah ouais, ouais, je suis entièrement d'accord.

Dr 4 : Bon, bah voilà, le jour où on aura pris conscience de ça. C'est bizarre, on aime bien mettre des étiquettes en France, sauf que ça on ne le fait pas ! On ne met pas des étiquettes là-dessus. Donc euh... Moi... Je ne comprends pas trop. Et encore une fois, ces gens-là quand tu leurs dis : « Vous revenez et puis on va se voir souvent. ». Et bah, pour eux en fait c'est juste la punition ! Quand tu dis ça : « Bon on va se voir régulièrement, il va falloir plusieurs consultations », « Ah non, non, non, non, non. On gère tout là ! ». Voilà, c'est tout, c'est fait. Ils ont déjà fait l'effort de venir. C'est un peu comme pour les patients addicts. En fait, ils ont déjà fait l'effort de se déplacer. C'était déjà suffisamment difficile pour eux de venir et de se dire on va faire quelques choses, ils ont pas envie de le répéter pleins de fois. Alors, que toi tu sais, si tu veux faire bien les choses, il faut le faire pleins de fois.

Dr 1 : Il faut avoir le temps de leurs expliquer la fois où on les voit, pour qu'ils reviennent, sinon bah ils reviendront quand ils reviendront...

M : De façon encore plus urgente et... D'accord. Dr 5 ?

Dr 5 : Non, non, c'est une question de volonté et de motivation. Parce-que si tu veux mettre ça en place dans ton cabinet, je pense que tu peux le faire.

M : Hum, hum !

Dr 5 : Mais après, pour revenir à ce que tu disais, ouais je pense que c'est une opposition au système. Ils veulent venir une fois, ils ont l'impression à ne pas être intégrés au système. Pourquoi, ils seraient intégrés au système de consultations régulières et tout...

Dr 1 : Y'a pleins de choses...

Dr 5 : Ils veulent peut-être rester marginaux peut être ?

Dr 1 : Ils peuvent peut-être se dire : « Le docteur veut se faire des sous ! »

Dr 3 : Ah oui, oui, oui !

Dr 2 : Oui !

Dr 1 : Il dit : « Qu'il ne peut pas tout faire aujourd'hui et qu'il faut que je revienne, pour refaire une consultation. »

Dr 3 : Ouais, je pense qu'il y en a pleins qui pensent ça !

Dr 2 : Et puis, il y a la médecine magique quoi.

Dr 1 : Moi, je pense que y'a, y'a une question de confiance aussi. Le jour, où le gars il a compris, bah que tu l'as vu pour une ordonnance pour dépanner, que tu n'as pas passé la carte, que t'as accepté de faire un truc pour aucune raison pécuniaire, il te dit : « Ah ok ça va ! ». C'est pas juste pour ça, après il te fait confiance là-dessus. Je ne sais pas.

Dr 5 : Aussi ouais.

Dr 2 : Le problème, aussi c'est que tu ne peux pas baser... Parce que ça devient de la santé publique finalement.

M : Hum, hum !

Dr 2 : Tu ne peux pas baser une politique de santé publique sur la bonne volonté de praticiens libéraux.

M : Hum.

Dr 2 : Ça ne peut pas marcher, parce que y'en a, ils seront pleins de bonnes volontés et puis y'en a d'autres, qui en auront rien à taper et voilà. Ça serait comme si on voulait faire passer le bac a des gamins et que y'avait des profs libéraux qui faisaient tous ce qui voulaient comme enseignement et à la fin on ferait passer un même... Non, mais c'est ça le problème ! C'est une politique de santé publique... Ou alors, il faut trouver des incitations qui marchent, trouver des systèmes qui incitent mais tu peux pas juste dire ça va se baser sur les 20% de médecins qui vont accepter d'avoir 2000 euros de revenus en moins, parce qu'ils vont faire des consultations à 40 mn pour des gens précaires.

Dr 5 : Hum, hum !

Dr 2 : Ça ne peut pas marcher !

Dr 1 : Ça ne peut pas marcher là, à grande échelle, ça ne peut pas marcher ! Ça peut marcher pour tes trois patients que t'auras à gérer mais c'est tout.

Dr 2 : Ou alors il faut faire des incitations claires, de la formation et ainsi de suite mais on est toujours un peu à cheval entre un système libéral et un système public et on a du mal à...

Dr 5 : Ben ouais.

Dr 2 : Mais là le problème, il se pose pour les patients en soins palliatifs, aussi hein... Ça dépend de la bonne volonté du médecin généraliste et de celui qui va accepter de passer une heure toutes les trois semaines, toutes les semaines, tous les deux jours pour gagner ces mêmes 23 euros, une heure avec son patient palliatif ou pas et... Bah, y'en a qui le font, y'en a qui ne le font pas. Et y'a pas de valorisation de ça !

Dr 1 : C'est vrai que finalement pour que ça marche, il faut qu'on ait un nombre limité de patients palliatifs, parce qu'on peut pas en suivre 15, euh, de toxicomanes tu peux en avoir quelques uns mais si tu les prends tous t'es complètement submergé !

M : Et tu deviens... Le dealer du quartier !

Dr 1 : (Rires). Donc pour toutes les catégories où ça demande du temps en fait, ben tu ne peux pas tout faire. T'es obligé de te limiter en nombre.

M : Donc voilà, donc pas stigmatiser, donc pas faire des choses spécialement pour les patients socialement défavorisés, difficile en fait, de mettre en place des choses parce qu'on est sur le monde libéral... Le milieu libéral...

Dr 1 : C'est ça, en même temps y'a beaucoup de choses qui peuvent passer...

M : Est-ce qu'il faudrait pas une rémunération 2 C

Dr 4 : Oui enfin, en le disant et en réfléchissant à ça, y'en a peut-être si on joue la carotte...

Dr 2 : Rires.

Dr 4 : Et qui vont le faire et qui en fait se serviront de ça pour gagner effectivement plus d'argent et tout ça... Parce-qu' enfin tu vois, nous, aucun de nous ici n'a un métier, une situation, une situation précaire mais faut pas

oublier que, justement nous sommes tous remplaçants et qu'on ne se rend pas compte encore de combien coûte le fonctionnement d'un cabinet, que c'est bien beau de vouloir sauver toute la planète mais qu'il faut aussi gagner ton pain, faut aussi monter ta structure, payer des secrétaires et tout ça, et c'est... Il faut un minimum, je crois que c'est trois patients par heure ? Euh...

Dr 3 : Selon, les charges que t'as sur ton cabinet aussi, hein ? Selon, que t'as une secrétaire sur place...

Dr 4 : Si t'as une secrétaire sur place, la femme de ménage.

Dr 2 : Selon le salaire que tu veux sortir aussi.

Dr 4 : Oui.

Dr 3 : Voilà... Mais y'a certains cabinets qui demandent quand même trois patients par heure pour que tu commences à gagner quelque chose derrière.

Dr 4 : Oui.

Dr 2 : Hum, c'est sûr que ça c'est difficile !

Dr 3 : Donc, euh... *Rires*.

Dr 2 : Ça devient difficile...

M : Effectivement, un patient à 40 minutes, c'est compliqué. Et puis...

Dr 2 : Je crois aussi, que ça prend de l'énergie psychique aussi.

M : Je pense aussi (*Rires*).

Dr 2 : Non mais... Vous travaillez dans la précarité (en d'adressant à M) mais, donc pas, mais je pense que ça prend une énergie psychique que tu peux faire une fois mais deux fois et... Si on le compare un peu à la consultation de soins palliatifs, où t'en fais trois dans l'après-midi et t'as passé une heure avec trois situations palliatives. T'es claqué ! T'as envie d'en faire dix mais... Enfin, si t'as fait un truc global, hein régler un problème, ce n'est pas... T'es claqué ! T'en peux plus, t'as plus de cerveau ! Et là c'est pareil, donc tu ne peux pas te faire ta journée à quinze patients précaires où tu dois être ingénieux en permanence, trouver comment tu vas réussir à le convaincre de tondre son chien (*Rires de la salle*). C'est vrai ! Je pense que ça te bouffe aussi non seulement du temporel mais aussi de l'énergie...

Dr 3 : Et, ça dépend aussi de comment tu réagis face à ces situations parce-que, quand t'es un peu une éponge et puis que...

Dr 2 : Ouais.

Dr 3 : Que t'as envie de pleurer devant chaque situation... (*Baisse la voix*.) C'est un peu fatiguant, quoi...

(*Approbation de la salle*)

Dr 2 : Et puis des fois, même quand t'es pas une éponge, y'a des situations qui te touchent...

Dr 1 : Te prendre de l'énergie.

Dr 2 : T'épuiser psychiquement, parce qu'elles sont trop dures quoi ! De toutes façons !

Dr 5 : Hum

M : Dernière question ! (*Rires*.) Avez-vous ressenti des manques dans votre formation, des besoins pour vous aider à prendre en charge ces patients, alors on avait... Tout à l'heure, clairement c'est sorti le manque de formation par rapport au secteur social... Est-ce que il y en a d'autres ? Est-ce que vous avez l'impression d'avoir été bien formés en...

Dr 1 : L'addicto ? Moi, je me sens vraiment perdue en addicto.

M : Parce que pour toi, précaire c'est un addictif ?

Dr 1 : Ouais, ouais...

Dr 3 : Il peut rentrer oui...

Dr 1 : Ça peut être facilement lié ouais.

Dr 2 : Tout, moi j'ai envie de dire.

Dr 5 : Hum, hum !

Dr 2 : Qu'est-ce qu'un patient précaire ? Comment on le repère ? Comment on le dépiste ? Comment on se met en contact avec lui ? Comment ? Enfin, moi j'ai l'impression que tout est à faire, hein ? A part, avoir mis des mots à l'ECN (Examen Classant National) sur un truc.

Dr 4 : Hum ! (*Acquiesce*.)

Dr 2 : C'est comme dans pleins de disciplines, on nous a fait mettre des mots.

Dr 4 : Dans le monde du handicap, c'est pareil, hein, précarité, handicap même combat on n'est pas formé à ça.

Dr 2 : Inter-Memo là, avec pleins de jolis mots clés à mettre.

Dr 4 : MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)...

Dr 2 : Voilà, on a tous appris les mêmes quoi ! Sauf qu'après... Euh. Ce n'est pas ça qui fait et ce qu'il faut faire en pratique, et comment tu parles à la personne...

M : Et si par exemple, on vous mettait en place des formations pour savoir... Comment dépister un patient précaire... Est-ce que ça c'est des choses qui vous intéresseraient... ?

Dr 1 : Ça m'évoque un truc moi, c'est une réaction de la communauté médicale sur twitter, médecin généraliste sur twitter, au truc qui est sorti de...

Dr 2 : l'INPES

Dr 1 : l'INPES : « Le patient précaire, comment le dépister ? ». Bah, la réaction sur twitter ça a été : « Ouais, ils sont bien gentils. Nous on fait ça en pratique depuis toujours et ils veulent nous apprendre ce que c'est qu'un pauvre ! » Moi, je me suis dit : « Mince ! ». Pour une fois qu'on nous dit clairement, « Attention, y'a des patients précaires, pour les dépister vous allez faire ça, ça, ça ! ». La réaction c'est pas : « Ah, bah tiens c'est intéressant c'est bien qu'on nous explique ! ». « C'est bon, déjà que nous les médecins, on se tape à faire ça tout le temps, en plus ils vont nous expliquer tous les trucs... ». Alors y'a quand même une critique vraie derrière, ils nous expliquent ce qu'il faut faire mais on a pas les moyens de le faire, ceci dit.

Dr 5 : Ouais.

Dr 1 : Donc y'avait ça,, mais quelque part la réaction c'était : « c'est nul leur papier quoi ! ». Donc...

Dr 5 : Ouais.

Dr 1 : Je trouve que c'est intéressant.

Dr 3 : C'est une réaction qui finalement... Enfin, ça peut sortir sur tout quoi ! Les vieux médecins ou qui ont déjà un peu de bouteille, dès que tu leurs dis : « Ah bah faudrait faire ci ou ça bah ! ».

Dr 1 : Oui c'est bon !

Dr 3 : « Ne viens pas me parler, je sais comment faire mon travail ! »

Dr 2 : Comment ne pas devenir des vieux médecins ? C'est une bonne formation ça ?

(Rires)

Dr 3 : Non, mais c'est, non mais parce que je pense que... Nous on est jeune, on est pleins de bonnes volontés, on se rend bien compte qu'il y a pleins de choses qu'on ne sait pas, qu'on n'a pas suffisamment de bouteilles... Mais voilà, je pense, on verra dans vingt ans si on nous sort un papier comme ça, si on ne dit : pas : « C'est bon quoi ! »

Dr 2 : En fait, c'est aussi le problème que le généraliste est formé comme un spécialiste jusqu'à peut être deux semestres pour ceux qui ont pu faire un SASPAS à la fin de ces études ! Après nous, on dit pareil pour les soins palliatifs mais où tu vas trouver le temps de faire tout ça ? C'est peut être au lieu d'apprendre la glomérulo-néphropathie XPL34 machin, enfin on s'en fout quoi ! Voilà, et après on fait quatre semestres à l'hôpital selon comment on se débrouille. Toi, (Montre Dr 1) toi, t'as fait six mois de diabète. Bon c'était sympa mais au final euh...

Dr 1 : Ça ne m'a pas aidé à gérer mes patients diabétiques au cabinet.

Dr 2 : Un peu, si probablement mais euh...

Dr 1 : Un peu...

Dr 2 : Mais pas pour 6 mois quoi !

M : En gros tu proposerais des formations déjà sur la relation, l'écoute, ...

Dr 4 : Hum...

Dr 2 : Ça c'est sûr et puis il faudrait que les généralistes soient formés à la médecine générale ! Et ça la précarité, l'éducation thérapeutique, l'éducation à la santé... Je pense que c'est ce qui intéresse beaucoup, ce qui fait une grosse partie de la médecine générale. Et qui ne nous est finalement pas appris. Sur neuf ans d'études, y'a un an ou tu fais de la médecine générale.

Dr 1 : Y'a quand même des choses spécifiques à la médecine libérale, à la

médecine générale qu'on devrait apprendre et y'a des choses qui font partie du socle.

Dr 2 : Ça, c'est autre chose !

Dr 1 : Des choses qu'on devrait apprendre avant le choix de la spécialité. L'éthique tout ça, je pense que ça devrait faire partie du socle et après qu'on reconnaisse qu'il y a des compétences de médecine générale qu'il faut qu'on acquière...

Dr 4 : Pour eux, ils le font hein ? Je te rappelle que tu faisais de l'éthique en P1 !

Dr 2 : Ouais, mais le problème c'est qu'ils le font mais pas au bon moment (*Rires*).

Dr 5 : (*Inaudible*).

Dr 1 : C'est comme les statistiques en PCEM 1 (Premier Cycle des Études Médicales) pour faire la thèse...

Dr 3 : Exactement !

(*Rires*)

Dr 2 : Faire de la psychologie en PCEM 2.

M : Bon je pense qu'on va arrêter là.

*Puis Discussion sur nos études...notre formation en off à l'arrêt du dictaphone.*

## Annexe 4 : livret de codes

1. Revenu mensuel	46. Barrière linguistique
2. Fins de droits	47. Difficulté de communication
3. Type de couverture maladie= CMU/AME	48. Difficulté d'abord
4. Reconnaissance en fin de consultation	49. Repérer par les vêtements
5. Alerté par problème de règlement	50. Frustration du MG
6. Cumul de vulnérabilité	51. Réticence à consulter
7. Chômage	52. Non recours aux soins
8. Isolement familial	53. Non adhésion au projet thérapeutique
9. Problème psychiatrique/trouble de la personnalité	54. Consulte pour motif grave
10. Médecin généraliste (MG) recherche spontanément les facteurs de précarité	55. Consulte pour motifs multiples
11. Selon les caractéristiques sociales le MG adapte prise en charge	56. Besoin de négocier
12. Effet seuil	57. Manque de connaissance du système de soins par le précaire
13. Demande de paiement différé	58. Perception de la santé différente de celle du MG
14. CMUc et AME facilite le paiement/remboursement	59. Fracture sociale
15. Méconnaissance de l'AME par les MG	60. Intérêt d'une approche par des pairs
16. Gêne au moment du paiement pour le MG	61. Rejet du système
17. Prêt d'argent par le MG	62. Médecine symbole d'un système
18. Confiance dans la CPAM pour TPG	63. Fausses croyances
19. Précarité urbaine	64. Retraité
20. Langue étrangère	65. Rendre systématique le dépistage des facteurs
21. Papiers en règle	66. Parcours de vie chaotique/ sorti de prison
22. Education à la santé	67. Education du patient aux règles de vie en société
23. Remise en question du rôle de l'école	68. Maître de stage
24. Sélection par refus de tiers payant	69. Odeur de friture
25. Retard de soins	70. Plus autoritaire
26. Couverture maladie partielle	71. Effort de venir en consultation
27. Précarité influe sur l'état de santé	72. Le MG met un cadre
28. Difficulté de gérer un problème social en ville	73. Gêne du MG à aborder les questions d'hygiène
29. Critère d'hospitalisation	74. Pas de gêne du MG à aborder les questions d'hygiène
30. L'hôpital a plus de ressource que la ville	75. Nécessite d'être plus souple
31. Chronophage	76. Problème d'observance thérapeutique
32. Sensibilisation dépend de la motivation du MG	77. Sur hospitalisation en pédiatrie
33. Précarité est partout	78. Manque de confiance pour suivi
34. Estime avoir une patientèle précaire	79. Doute sur compétences des parents
35. Dépendance ou antécédents de dépendance	80. Patient adressé aux consultations publiques de l'hôpital
36. Découvert lors des visites	81. Problème des dépassements d'honoraires
37. Logement insalubre	82. Délai de consultation plus long pour les consultations publiques
38. Mauvaise hygiène corporelle	83. Refus des patients CMU par gynécologue
39. Critique du projet loi santé	84. Souffrance morale révélateur de précarité
40. Prise en charge difficile des patients dépendants	85. Le patient parle spontanément de sa situation financière
41. Désaccord entre les praticiens sur les rôles du MG	86. Gêne du patient à aborder ses problèmes financiers
42. Mauvaise odeur	87. Limite d'accès à la psychothérapie
43. Rejet à cause de l'odeur	88. Limite d'accès au CMP
44. Temps restreint de la consultation à cause de l'odeur	
45. CMU pas forcément précaire	

89. Démission des aides à domicile	secrétaires
90. Sollicitation du MG pour des problèmes sociaux	131. Problème d'un suivi régulier
91. MG coordonne les différents intervenants du secteur médico-social	132. Une consultation avec un précaire nécessite plus d'explications
92. Manque de formation des dispositifs sociaux pour les médecins	133. Le MG veut se faire de l'argent
93. Manque d'informations sur les dispositifs sociaux pour les patients	134. Médecine magique
94. Complexité administrative du service social	135. Remise en question du paiement à l'acte
95. Gestion longue des problèmes sociaux	136. Politique de santé publique reposant sur praticiens libéraux
96. Méconnaissance des intervenants sociaux à contacter	137. Etiquette CMU
97. Connaissance des intervenants sociaux à contacter	138. Intérêt d'incitation des médecins à réfléchir et à s'investir sur la précarité
98. En demande de formation	139. Mauvaise valorisation de certains actes
99. Utilisation des réseaux	140. Limiter le nombre de patients qui prennent du temps
100. Utilisation du CCAS	141. Coût des charges du cabinet
101. Le MG s'intéresse à la situation sociale si signaux	142. Demande de l'énergie morale
102. Retard ou non acquisition des droits par méconnaissance du MG	143. Demande de l'ingéniosité
103. Trouble cognitif	144. Amélioration de la médecine de main d'œuvre
104. Motif médical révélateur d'urgence social	145. Génère des émotions devant des situations difficiles
105. Besoin de réévaluation des honoraires	146. Manque de formation à l'addictologie
106. Gêne du MG à aborder les problèmes sociaux	147. Manque de formation en précarité
107. Peur d'être jugeant	148. Manque de formation dans le domaine du handicap
108. Précarité différente de pauvreté	149. Manque de formation en communication
109. Relation/pratique identique pour tous les patients	150. Formation très théorique inadaptée
110. Importance de connaître les caractéristiques sociales pour adapter la prévention	151. Réticence de certains (vieux) médecins à la formation
111. Difficulté à faire de la prévention	152. Manque de moyens financiers
112. Consulte pour des pathologies aiguës	153. Manque de formation en soins primaires
113. Consulte lorsqu'il y a un symptôme	154. Manque de formation en sciences humaines
114. Rôle d'éduquer	155. Sensibilisé(e) au handicap
115. Les consultations de gynécologie permettent d'aborder le dépistage	156. Membre du CCAS
116. Difficulté de l'interprétariat en ville	157. Amour du métier
117. Intérêt du travail des conseillères du planning familial	158. Activité bénévole "humanitaire"
118. Prévention identique pour tous les patients	159. Vacation au centre de Planification familiale
119. Approche gratifiante	160. Médecin de main d'oeuvre
120. Le MG attend de la reconnaissance	161. Connaissance du droit des étrangers (AME, Asile)
121. Adapte le langage	162. Amélioration de l'accès aux soins par création de la CMU
122. Crée un lien de confiance plus important	163. Constat d'une régression pour les populations en transition
123. Pas de signe de richesse extérieur	164. Patient annonce spontanément son statut CMU
124. Importance de bien présenter	165. Données socio-économiques non rentrées dans le dossier patient
125. Réseau par pathologie	166. Difficulté de repérer les patients qui deviennent précaires
126. Image du médecin riche	167. N'hésite pas à questionner le patient si alerté
127. Ne réoriente pas si pas de solution	168. Connus comme sensibilisés par les acteurs sociaux
128. Formation par la pratique	
129. Perspective d'un autre mode d'exercice	
130. Connaissance de la patientèle par	

- |   |  |
|---|--|
| 169. Sélectionne les patients précaires accompagnés par les acteurs sociaux   | 210. Manque d'éducation à la santé   |
| 170. Accompagnateur social garanti financière pour le MG                      | 211. Repérage plus facile en ville   |
| 171. Problème d'impayé pour le MG   | 212. Alerté par le voisinage/entourage proche  |
| 172. Statut socio-économique et psycho social rentrés dans le dossier patient | 213. MG confronté au problème de signaler des négligences devant les enfants en précarité                              |
| 173. Abus du système par le patient   | 214. Personne âgée   |
| 174. Education de sa patientèle au coût du soin / droits/parcours             | 215. Enfant  |
| 175. Consulte même si problèmes financiers                                    | 216. Promiscuité du logement   |
| 176. MG facilite au maximum le tiers payant pour tous les patients            | 217. Ne pas refuser les précaires  |
| 177. Adolescence  | 218. Ne dort pas dans un lit   |
| 178. Toxicomane mis en ALD  | 219. Impuissance /solitude du MG face aux situations de précarité  |
| 179. Rupture des droits entraîne rupture de suivi                             | 220. Consommation excessive des urgences par défaut d'offres de soin   |
| 180. Tiers payant ALD soulage le frein financier                              | 221. Difficulté à l'accès à la médecine secondaire/secteur privé (gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, obstétrique) |
| 181. Souffrance morale liée à la précarité                                    | 222. Difficulté à prendre un rendez-vous   |
| 182. Le médecin fait valoir les droits administratifs du patient              | 223. Refus de patients CMU/AME par dentistes.  |
| 183. Conscience du cout de la santé par le patient                            | 224. Soins dentaires restreints  |
| 184. Approche humaniste du MG   | 225. Soins des CMU non rentable pour les dentistes   |
| 185. Victime de fraude  | 226. MG choqué par les comportements de certains confrères   |
| 186. Pas de stigmatisation  | 227. Refus des patients (CMU/AME) dans le secteur privé  |
| 187. Réforme du médecin traitant donne un cadre légal                         | 228. MG utilise entourage  |
| 188. Fidélisation des précaires par la réforme du médecin traitant            | 229. Vision positive de la clinique privée   |
| 189. Proposition de Consultation/visite médicale annuelle                     | 230. Informe sur le coût des soins/ remboursements/dépassements  |
| 190. Carte Vitale donne les informations sur les droits (type, validité)      | 231. Libre choix du patient précaire après informations  |
| 191. Analphabète  | 232. Pas de retours sur les dépassements d'honoraires  |
| 192. Méconnaissance du patient de sa situation/pathologie                     | 233. Limite d'accès à certains traitements chers et non remboursés   |
| 193. Demande floue et imprécise   | 234. Médecine à deux vitesses  |
| 194. Aide à la prise des rendez-vous  | 235. Offre des soins difficiles d'accès géographique   |
| 195. Sollicitation du MG par le secteur social                                | 236. Patient actif dans ses soins  |
| 196. Mauvaise hygiène de vie  | 237. Connaissance de structures de soins sans avance de frais de qualité   |
| 197. Mauvais état dentaire  | 238. Connaissance de la PMI  |
| 198. Lexique pauvre   | 239. Connaissance du système PASS  |
| 199. Précarité intellectuelle   | 240. Connaissance du CMP   |
| 200. Manque d'organisation  | 241. Orientation vers des personnes ou structures sensibilisées/compétents   |
| 201. Patient veut une consultation rapide                                     | 242. Constitution d'un carnet d'adresse/ réseau informel   |
| 202. Attente de la consultation un traitement médicamenteux efficace          | 243. Structures de soins gratuites perçus comme stigmatisant par patient   |
| 203. Passer un message à la fois  | 244. Suivi PMI, critère de vulnérabilité   |
| 204. Prescription de traitements remboursés                                   | 245. PMI = implication d'un contrôle social  |
| 205. N'ose pas dire qu'il n'adhère pas au projet thérapeutique                | 246. PMI mission de prévention   |
| 206. Frein financier aux soins  | 247. Relation difficile médecine de ville/PMI  |
| 207. Patient refuse charité du médecin  | 248. Orientation vers le secteur social  |
| 208. Surendettement et difficulté à gérer un budget                           | 249. Fait le lien de personne à personne   |
| 209. Isolement géographique   | 250. Appréhension de se rendre pour des  |

---

**démarches administratives**

251. Utilisation des Assistantes sociales si suivi existant  
 252. Initie des démarches sociales pour les Personnes âgées  
 253. Utilisation des CLIC  
 254. Perte d'autonomie  
 255. MG Confronté à population sans droits  
 256. Rôle du MG approche globale  
 257. Remise en question du système libéral  
 258. Se considère bien payé malgré les impayés  
 259. Travaille en groupe  
 260. Fait des actes gratuits  
 261. Reconnaissance du patient des compétences sociales du MG  
 262. Compétences sociales du MG  
 263. Valorisation du patient précaire  
 264. Consacre le temps nécessaire à la consultation  
 265. Critique du MG qui ne prenne en charge que le bio médical  
 266. Manque de formation à la psychologie  
 267. Volonté personnelle du médecin pour faire son réseau/carnet d'adresse  
 268. Pas de sélection de la patientèle  
 269. Patients précaires recherchent seulement une compétence bio médicale  
 270. Réflexion sur sa pratique envers les précaires  
 271. Difficulté lié au statut de remplaçant  
 272. Aborder les problèmes sociaux avec le MG si lien de confiance  
 273. Importance d'un secrétariat physique  
 274. Secrétaire contacte les acteurs sociaux  
 275. Secrétaire gestion des TP  
 276. Utilise TP intégral  
 277. Problème du remboursement du reste à charge par les mutuelles pour le MG  
 278. Utilisation du TP « social » = ticket modérateur  
 279. Ticket modérateur pas proposé par tous les médecins  
 280. MG limite offre de soins en fonction de ses représentations  
 281. Connaissance d'astuces par MG pour prendre en charge des soins non remboursés ou moins chers  
 282. Précaires acceptent de payer soins non remboursés  
 283. Constitution d'un bon carnet d'adresse par retours des patients  
 284. Problème d'accès à l'ophtalmologie  
 285. Précaires lisent peu  
 286. Pas de suivi ophtalmologique  
 287. Problème d'honorer des RDV  
 288. Problème d'organisation dans le temps  
 289. Utilisation de black List par confrères  
 290. Rôle du MG dans la prévention plus important que pour la population générale

---

291. Précaires réceptif à la prévention pour les nourrissons/enfants  
 292. Moins bon suivi sans carnet de santé  
 293. Difficulté à faire de la prévention après 18 mois  
 294. Patients utilisent le mensonge  
 295. Patients se cachent derrière excuses financières  
 296. MG consulte sur rendez-vous  
 297.  
 298. Repérage de fragilité lors des manques de RDV  
 299. Rappel de la secrétaire / du médecin si manque RDV  
 300. Intérêt du report systématique  
 301. Appel de la secrétaire le jour du RDV pour certains patients  
 302. Donnant/ donnant  
 303. Prévention de la mort subite  
 304. Gène du patient à parler caractéristiques psycho-sociales  
 305. Remise en question de la permanence de soins  
 306. Prévention obésité/ éducation nutritionnelle  
 307. Répétition des certificats d'absence scolaire  
 308. Demande répétée de certificats de « complaisance »  
 309. Chômage=> rythme de vie difficile  
 310. Famille monoparentale  
 311. MG relai avec les institutions  
 312. Situation familiale difficile  
 313. Difficulté à dire non  
 314. Difficulté d'accès au gynécologue (secteur libéral/secteur public)  
 315. Rôle du MG dans le suivi gynéco/obstétrique( grossesse non pathos)  
 316. Méconnaissance du patient de l'offre du suivi par MG en gynéco  
 317. Consulte à plusieurs  
 318. Suivi gynéco par planning  
 319. Femme préfère être suivie par une autre personne pour le suivi gynéco que leur MT  
 320. Certains MG pas orientés gynéco  
 321. Suivi gynéco nécessite matériel  
 322. Travail en groupe =mutualisation de l'aide et du matériel  
 323. Sélection de la patientèle par compétence et affinité  
 324. Problème de la médiatisation sur l'accès aux soins des précaires  
 325. Réticence à la mise en place du tiers payant généralisé par certains MG  
 326. Stigmatisation de certaines populations par MG  
 327. Problème intergénérationnel= décalage entre jeunes et vieux médecins  
 328. Tiers payant généralisé= harmonisation du paiement = dé

---

stigmatisation "	372. Activité salariée ponctuelle en gériatrie
329. TPG pas de surconsommation aux soins	373. Pratique hospitalière
330. TP = charge administrative	374. Quartier jugé économiquement défavorisé
331. Refus de CMU par MG	375. DU Gynéco
332. Simple dans leur demande médicale	376. DU pédiatrie
333. Frein dans les soins pédicures/podologues	377. Activité syndicale
334. Contrôle de la CPAM si trop de tiers payants (il y a 20 ans)	378. Diplôme de médecine générale
335. Avoir une attitude optimiste	379. Pas de connaissances sur la gestion de la précarité
336. Favorable au tiers payant généralisé avec réserve	380. Connaissance de technique de communication =la PNL
337. Remplaçant adaptation au MG qu'il remplace pour le mode de règlement	381. Famille nombreuse
338. MG initiateur des demandes en santé	382. Familles recomposées
339. Tiers payant Généralisé permet suivi rapproché en ville	383. Etudiants
340. Faible risque d'abus par profession médicale à surconsommation de la CV	384. Prostitution
341. Tiers payant Généralisé évite retard de soins	385. Retraité, passage en retraite
342. Zones précaires moins bien dotées en médecins	386. Précarité et handicap
343. Problème de démographie médicale	387. Population invisible, que l'on ne voit pas au cabinet
344. MG n'aime pas les précaires	388. Ne mange pas à sa faim
345. Médecine Générale adaptée aux précaires	389. Conduite sexuelle à risque/IST
346. Proposition des zones franches pour inciter les MG à s'installer dans des zones dites précaires	390. Maladie
347. Surcharge de travail en milieu précaire	391. Fin de vie
348. Prévention du passage dans la précarité	392. Chute de la personne âgée
349. Incitation des étudiants à s'installer dans les déserts médicaux par la CESP	393. Isolement social
350. CV avec photos=> obstacles aux soins	394. Difficulté à définir les précaires
351. Stigmatisation du patient en fraudeur	395. Notion de bien être
352. Coût des démarches administratives	396. Discordance du ressenti du praticien avec ce que pense le patient de sa situation de précaire
353. Différent niveau de précarité	397. Relation difficile / culpabilisation du patient
354. Importance du langage non verbal	398. Se cache derrière une bonne attitude
355. Meilleure prise en charge de la précarité en milieu urbain	399. MG parfois seul lien social qui reste
356. En danger situation instable	400. Répéter les choses
357. Jeune installé	401. Hiérarchisation des problèmes
358. Médecin remplaçante	402. Précarité entraîne mauvaise santé
359. Remplacement fixe	403. Précarité doit être considérée comme une maladie
360. Sensibilisation à la précarité dès les études (second cycle)	404. Patientèle reflet du bassin de vie où le MG exerce
361. Sensibilisé par maître de stage	405. CMU Consommation de soins
362. Pratique semi rurale correspondant à une pratique de ville	406. Peur de la maladie
363. Moins de visites	407. Imbrication du problème social dans le motif médical
364. Remplacement en milieu rural	408. Une souffrance morale cache un problème social
365. Peu de précaire dans sa patientèle	409. Rôle du MG repérer
366. Patientèle habituée à payer	410. Avoir une grille de dépistage de la précarité
367. Pas d'AME dans sa patientèle	411. Curiosité du MG bien perçu par le patient
368. Reçoit population migrante	412. Rôle du MG orienter
369. Ne voit pas de patients sans droits	413. Consultations SPS orientées « précarité »
370. Pratique semi rurale	414. Lien avec UTPAS
371. Belle champagne/ secteur aisé	415. Retour vers le droit commun
	416. Rôle de coordinateur du parcours de soins
	417. Rôle du MG accompagnateur dans le

<b>système de soins</b>	<b>459. Rôle du MG connaissance de son quartier</b>
<b>418. Importance du vocabulaire</b>	<b>460. Avoir une personne de confiance</b>
<b>419. Rôle du MG Dépistage des IST</b>	<b>461. Rôle du MG à se former sur problèmes sociaux</b>
<b>420. Rôle du MG vaccination</b>	<b>462. Importance de l'informatisation dossier patient ( aide au suivi)</b>
<b>421. Population étrangère</b>	<b>463. Accepter et imposer ses limites dans l'aide à certaines personnes</b>
<b>422. Rôle du MG psychothérapeute</b>	<b>464. Réflexion sur le secret médical entre le secteur social et médical</b>
<b>423. Rôle du MG sensibiliser les futurs médecins</b>	<b>465. Besoins de sensibilisation lors des études de MG</b>
<b>424. Réaliser un suivi sur du long terme</b>	<b>466. Gériatrie inclut plus facilement le social dans la prise en charge médicale</b>
<b>425. Essaye de comprendre les freins</b>	<b>467. Intérêt d'un annuaire social à visé des patients</b>
<b>426. Impliquer/responsabiliser le patient dans sa démarche de soins</b>	<b>468. Communication secteur social/ secteur médical</b>
<b>427. Rôle social acté dans DES de MG</b>	<b>469. TPG = déresponsabilisation à la consommation des soins</b>
<b>428. Possibilité de faire exercice complémentaire</b>	<b>470. TPG pas de déresponsabilisation</b>
<b>429. Désaccord des participants sur le rôle du MG</b>	<b>471. Savoir mettre de la distance</b>
<b>430. Santé pas prioritaire</b>	<b>472. Savoir se remettre en question</b>
<b>431. Peur de gêner le médecin</b>	<b>473. Prévention tabac</b>
<b>432. CMU Bénéficie de pleins d'avantages sociaux</b>	<b>474. Volonté personnelle de se former dépend du secteur où l'on exerce</b>
<b>433. Chance des CMU d'avoir accès aux soins</b>	<b>475. TP fait sur impression de précarité</b>
<b>434. CMU pas de problème d'accès aux soins</b>	<b>476. Passer un message à chaque consultation</b>
<b>435. Remise en question des délégations de tâches</b>	<b>477. Difficulté de suivi par le secteur social</b>
<b>436. Précarité tabou</b>	<b>478. Sent une remise en question de sa pratique</b>
<b>437. Peur d'être intrusif /inquisiteur</b>	<b>479. Remise en question de la Légitimité du dépistage de la précarité par MG</b>
<b>438. Perte de renseignement par moins de visites</b>	<b>480. Pas de sélection de sa patientèle</b>
<b>439. Estime normal que spécialiste refuse TP</b>	<b>481. Critique des MG qui font de la consommation de CV</b>
<b>440. Priorité au problème médical sur problème social</b>	<b>482. Pas de freins en Pédicure/podologie pour soins urgents</b>
<b>441. Problème du remboursements des hors parcours</b>	<b>483. Intérêt au sujet de la précarité</b>
<b>442. Problème de la sur-spécialisation</b>	<b>484. Non implication dans ses soins</b>
<b>443. Ne cherche pas car pas de solution</b>	<b>485. Rôle citoyen du MG</b>
<b>444. Pas de logement fixe</b>	<b>486. Risque d'obésité</b>
<b>445. Patients précaires stigmatisés par autres patients</b>	<b>487. Campagne de dépistage non adaptée aux précaires</b>
<b>446. Pas de problème pour dentaire pour CMU</b>	<b>488. Contrôle de la distribution des aides sociales</b>
<b>447. Difficulté d'orienter pour les soins dentaires</b>	<b>489. MG limite objectif de soins</b>
<b>448. Pas de retour du service social contacté</b>	<b>490. Fatalisme du patient</b>
<b>449. Refus d'un arrêt de travail</b>	<b>491. Chronophage pas une spécificité des consultations avec les précaires</b>
<b>450. Mutualisation des conseils</b>	<b>492. Consultation au cabinet met un cadre</b>
<b>451. Importance du logement</b>	<b>493. Education de la relation mère /enfant</b>
<b>452. Echanger entre MG</b>	<b>494. Pas de moyen de transport</b>
<b>453. Besoin de savoir dépister un précaire</b>	<b>495. Remise en question des mutuelles par le MG</b>
<b>454. Intérêt de groupe de réflexion sur précarité</b>	<b>496. Enfants placés</b>
<b>455. Apport d'une réflexion intergénérationnelle</b>	<b>497. Demande au MG de remplir chèque</b>
<b>456. Lever les tabous</b>	<b>498. Possibilité de connaître son taux de CMU dans sa patientèle</b>
<b>457. Lever les faux préjugés</b>	
<b>458. Rôle du MG dans l'appui au campagne de dépistage organisé</b>	

499. Rôle du MG à diminuer les inégalités sociales de santé

500. Frein dans l'optique

501. Méconnaissance de ses droits

502. Problème des perdus de vue

503. Système de santé français tout puissant

504. Problème du maintien à domicile

505. Problème des salles d'attentes

506. Personnes âgées patient chronique => suivi régulier

507. Défaut de communication ville/hôpital

508. Business de la santé

509. Pas conscience du coût de la santé

510. Frein vers l'orthophonie

511. Limite d'accès à la psychothérapie pas que les précaires

512. Méconnaissance des patients sur prise en charge psy par MG

513. Manque de communication entre le secteur psychiatrique et MG

514. Désengagement de la famille

515. Dépassement d'honoraire sur situation grave

516. Pas de choix dans les soins/ soignants par frein financier

517. Nécessite plus d'écoute

518. Emploi précaire

### Annexe 5 : les 11 questions du score EPICES ( Evaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les Centres d'Examens de Santé)

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

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

## Annexe 6 : Les sept informations à recueillir auprès du patient

Informations	Questions à poser	Intérêt pratique
Adresse	Où habitez-vous? À quelle adresse peut-on vous écrire?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter la correspondance avec le patient</li> <li>Repérer une situation de précarité vis-à-vis du logement (une adresse uniquement administrative indique souvent une situation sociale précaire). <ul style="list-style-type: none"> <li>Rechercher les facteurs de risques liés à l'environnement intérieur.</li> <li>Pouvoir orienter le patient vers des ressources proches de son domicile (Associations, terrain de sport).</li> </ul> </li> </ul>
Statut par rapport à l'emploi	Avez-vous un emploi actuellement? Votre situation par rapport à l'emploi a-t-elle évolué depuis votre dernière visite?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Situer le patient socialement.</li> <li>Préciser la stabilité de sa situation économique.</li> <li>Évaluer ses facteurs de risque professionnels dans le cadre de pathologies courantes (allergie, lombalgie, toux chronique...).</li> <li>Ajuster les pratiques thérapeutiques et préventives selon les conditions de travail du patient.</li> </ul>
Profession	Quelle est votre situation actuelle? Quel métier avez-vous exercé? Quel métier souhaiteriez-vous exercer?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repérer les situations à risque de renoncement aux soins, de difficultés d'observance ou de non-suivi des préconisations pour raison financière.</li> </ul>
Type de couverture sociale	Le patient bénéficie-t-il : De l'assurance maladie obligatoire seule? D'une assurance maladie complémentaire (mutuelle, CMUc) ? De l'AME? De l'exonération du ticket modérateur?	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repérer les situations à risque de renoncement aux soins, de difficultés d'observance ou de non-suivi des préconisations pour raison financière.</li> </ul>
Capacités de compréhension du langage écrit	Avez-vous besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre les ordonnances que je vous remets? Et les documents remis par votre pharmacien?	

\* il faut ajouter l'âge et le sexe

**AUTEUR : Nom : Martin**

**Prénom : Géraldine**

**Date de Soutenance : 11 juin 2015**

**Titre de la Thèse : Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale ?**

Etude qualitative par focus group auprès de médecins généralistes en Nord-Pas-de-Calais

**Thèse - Médecine - Lille 2015**

**DES de Médecine Générale**

**Mots-clés :** précarité, médecin généraliste, inégalités sociales de santé

**Contexte :** Le contact étroit des médecins généralistes avec la population en fait des témoins privilégiés des différences sociales. Or, leur méconnaissance des inégalités sociales de santé implique qu'ils ne les intègrent que trop peu à leur pratique quotidienne.

**Méthode :** Le but de ce travail était de décrire le rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins du patient en situation précaire mais ayant des droits ouverts. Quatre focus groups étaient menés auprès de 21 médecins généralistes de la région du Nord-Pas-de-Calais. Les entretiens étaient analysés qualitativement selon la méthode de la théorisation ancrée, avec une double lecture réalisée en aveugle.

**Résultats :** S'ils avaient du mal à donner une définition unique et unanime de la précarité, tant il est vrai que la définition en est hétérogène, les médecins interrogés étaient cependant tous capables d'envisager l'ensemble des composantes du modèle bio-psycho-social quand ils étaient confrontés à une situation sociale complexe. Tous confirmaient leur rôle de pivot dans le parcours de soins des patients mais il existait des différences concernant leur accompagnement des patients précaires dans le parcours de soins. Certains affirmaient notamment y jouer un rôle plus soutenu. Ces différences s'expliquaient par leur expérience et la représentation qu'ils se faisaient de la précarité. Tous s'accordaient cependant à dire qu'il s'agissait de prises en charge chronophages. Les possibilités d'orientation des patients restaient souvent subordonnées aux obstacles présents à l'entrée des secteurs secondaire et dentaire. Bien qu'ils avaient conscience de l'influence de la précarité sur la santé, les médecins ne recherchaient pas systématiquement les déterminants sociaux de santé chez leur patient. Ils l'expliquaient soit par le manque de formation, soit par la peur d'être trop intrusifs et/ou « jugeant ».

**Conclusion :** Le médecin généraliste est un acteur clé de la réduction des inégalités sociales de santé. Généraliser la recherche des caractéristiques psycho-sociales des patients, au même titre que tout autre facteur de risque, permettrait de repérer les patients en situation de vulnérabilité. La sensibilisation et une meilleure formation des médecins généralistes, ainsi que la revalorisation des actes en rapport avec la précarité, seraient nécessaires pour améliorer les prises en charges.

**Composition du jury :**

**Président : Professeur François PUISIEUX**

**Asseseurs : Professeur Jean-Marc LEFEBVRE, Docteur Denis DELEPLANQUE, Docteur Caroline DE PAUW, Docteur Alice MATHIEU**