



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 entretiens semi-dirigés auprès de patients en accueils de jour et centres d'hébergement du Nord.

Présentée et soutenue publiquement le 11 Juin 2015 à 18 heures
au Pôle Recherche

Par Nounja BALLIDAN

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

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Alice MATHIEU

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACS	Aide à la Complémentaire Santé
ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale d'Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
AREAS	Association Régionale d'Etudes et d'Actions Sociales
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUc	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
DSS	Déterminants Sociaux de Santé
HCSP	Haut Conseil à la Santé Publique
ISS	Inégalités Sociales de Santé
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG	Médecin Généraliste
MSL	Médecins Solidarité Lille
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
RSA	Revenu de Solidarité Active
RSL	Réseau Santé Solidarité Lille métropole

Table des matières

Résumé.....	1
Introduction.....	2
I. ETAT DES LIEUX : UN GRADIENT SOCIAL DE SANTE.....	2
II. POLITIQUES SOCIALES : UN EFFET LIMITE.....	4
III. LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA PRECARITE.....	6
Objectifs de recherche.....	7
Matériels et méthodes.....	8
I. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES.....	8
II. POPULATIONS : CRITERES D'INCLUSION ET LIEUX DE L'ETUDE.....	8
III. METHODE : RECHERCHE QUALITATIVE PAR ENTRETIEN INDIVIDUEL SEMI-DIRECTIF.....	9
A. Choix de la méthode.....	9
B. Choix de la technique de recueil de données.....	10
C. Analyse ou codage.....	10
Résultats.....	12
I. DONNEES GENERALES.....	12
II. POPULATION DE L'ETUDE.....	13
A. Description.....	13
B. Parcours de vie.....	14
1. Au centre des priorités : le logement.....	14
2. Des évènements de vie fragilisant.....	15
3. ... mais des ressources mobilisables.....	17
4. Intervention de tiers : l'accompagnement social.....	18
5. Santé et conditions de vie.....	19
a) Des conditions de vie à la santé.....	19
b) De la santé aux conditions de vie.....	20
C. Données sanitaires.....	21
1. Pathologies rencontrées.....	21
2. Besoins en soins identifiés.....	22
3. Couverture maladie.....	23
III. RAPPORT A LA SANTE ET AUX SOINS.....	24
A. Santé et maladie.....	24
1. La santé.....	24
2. La maladie.....	25
B. Le système de santé.....	27
C. Les professionnels de santé.....	28
D. Les bénéficiaires de la CMU/AME.....	29
IV. PARCOURS DE SOINS.....	31
A. Motifs de consultations et entrée dans le parcours de soins.....	31
B. Modalités du parcours de soins.....	32
C. Accès aux soins.....	34
D. Le patient dans son parcours de soins.....	35
E. Le « non soin ».....	37

1. Description	37
2. Des causes indépendantes du soin.	38
3. Des causes en lien avec l'activité de soin	39
a) Liées au système de santé	39
b) Liées au rapport à la santé et aux soins	39
c) Liées à la relation médecin/patient	40
V. LE MEDECIN GENERALISTE	43
A. Choix du MG	43
B. Organisation de l'offre de soins primaires	44
C. Compétences et rôles du MG	45
1. Un rôle central dans le parcours de soins	45
2. Des compétences biomédicales	45
3. ... et une approche englobant le psycho-social.	46
D. La relation soignant/soigné vues par les patients	48
1. Qualités attendues	48
2. Relation soignant/soigné	49
3. Représentations du MG	50
E. Le MG et les déterminants sociaux de la santé	53
1. Expérience en médecine générale	53
2. Point de vue des patients	53
Discussion	56
I. METHODE	56
A. Choix de la population	56
B. Choix de la méthode qualitative	58
C. Analyse ou codage	58
II. RESULTATS	59
A. Le MG vu par les patients précaires	59
1. Des rôles bien compris par les patients	59
2. Une bonne accessibilité du MG ?	60
3. Des patients adaptables au cabinet ?	61
4. Choix du MG	62
5. Des compétences humaines au premier plan	62
6. MG et conditions de vie du patient	63
B. Parcours de soins : particularités	64
1. Une consommation de soins répondant aux besoins de base	64
2. La souffrance morale	65
3. L'orientation et l'accès aux soins	66
4. Place de l'accompagnant social	67
C. Le renoncement aux soins	69
1. Réalité du renoncement aux soins entre barrière et refus	69
2. Hypothèses explicatives	70
a) Méconnaissance du corps et du soin : la perception du besoin de santé	70
b) Un parcours de vie jalonné de rupture	71
c) La rupture de couverture maladie	72
d) Intégration des représentations sur les CMU	72
e) Santé, pas toujours une priorité	73
Conclusion	74
Références bibliographiques	75
Annexes	79
Annexe 1 : Guide d'entretien, version finale	79

Annexe 2 : Caractéristiques des entretiens.....	80
Annexe 3 : Livret de codes.....	81
Annexe 4 : 16 informations à enregistrer dans le dossier médical.....	86
Annexe 5 : Entretien n°2	87
Annexe 6 : Déclaration de confidentialité	94

RESUME

Contexte: Les inégalités sociales de santé sont connues depuis plusieurs années mais leur mesure reste difficile. Les politiques sociales françaises ont concentré leurs efforts sur la levée du frein financier mais les cadres vivent toujours plus vieux que les ouvriers. Le médecin généraliste (MG) est témoin des différences sociales de par les motifs de consultations et la nécessité d'adapter le parcours de soin.

Objectif et méthode : La finalité de ce travail était de décrire le rôle que les patients précaires attribuaient au MG dans leur parcours de soins. Quinze entretiens individuels ont été menés auprès de patients en accueils de jour et centres d'hébergement du Nord. Ils ont été analysés qualitativement, par une double lecture selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : Les patients disent avoir un bon accès au MG, qu'ils reconnaissent comme le pivot de leur parcours de soins. La plupart ont un médecin traitant. Ils privilégient ses compétences humaines et remettent rarement en cause ses compétences biomédicales. Conscients de l'impact de leurs conditions de vie sur leur santé, ils abordent rarement le sujet avec leur MG, qui selon eux devrait poser la question. L'accès aux soins secondaires est bon à l'exception des soins dentaires, de l'optique et des soins avec dépassements d'honoraires. Devant un quotidien difficile, la santé n'est pas toujours une priorité. La santé perçue par le patient est parfois différente de celle évaluée par le médecin. Les patients interrogés ont un parcours de soins à l'image de leur vie : marqué de ruptures. Ils ont pourtant de réels besoins en soin. La souffrance morale est un motif de consultation fréquent. Ils font rarement une demande spontanée d'acte de prévention mais en comprennent l'intérêt.

Conclusion : Recueillir et consigner systématiquement les caractéristiques sociales de tous les patients, les considérer comme de véritables facteurs de risque est primordial. Comme pour n'importe quel autre patient, le MG est au centre du parcours de soins des personnes précaires mais l'éducation au corps et à la santé et la promotion des actes de prévention doivent être accrues dans cette population.

INTRODUCTION

I. ETAT DES LIEUX : UN GRADIENT SOCIAL DE SANTE

L'état de santé de la population mondiale s'est considérablement amélioré depuis le début du XXème siècle comme en témoignent de nombreux indicateurs : allongement de l'espérance de vie, baisse de la mortalité materno-infantile (1). Pourtant, dans nos sociétés industrialisées, l'espérance de vie reste plus courte, les maladies plus nombreuses et plus graves au bas de l'échelle sociale.

C'est le cas en France (Fig. 1) comme dans l'ensemble des pays d'Europe (2). Ces disparités ne se limitent pas à la classe sociale la plus défavorisée mais se distribuent de manière continue dans la hiérarchie sociale (Fig. 2): c'est le gradient social.

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

Source : Insee, Échantillon démographique permanent

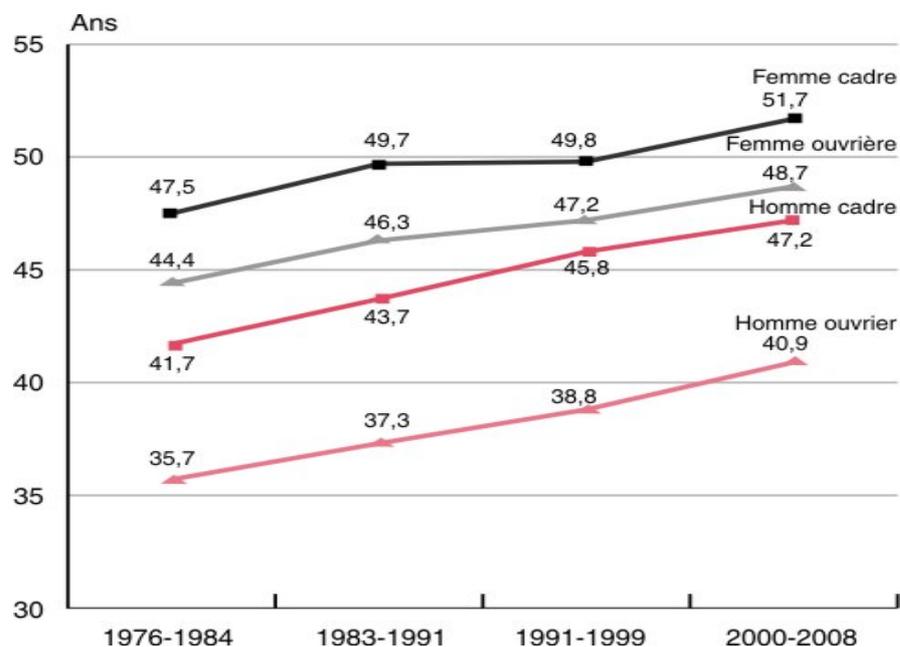
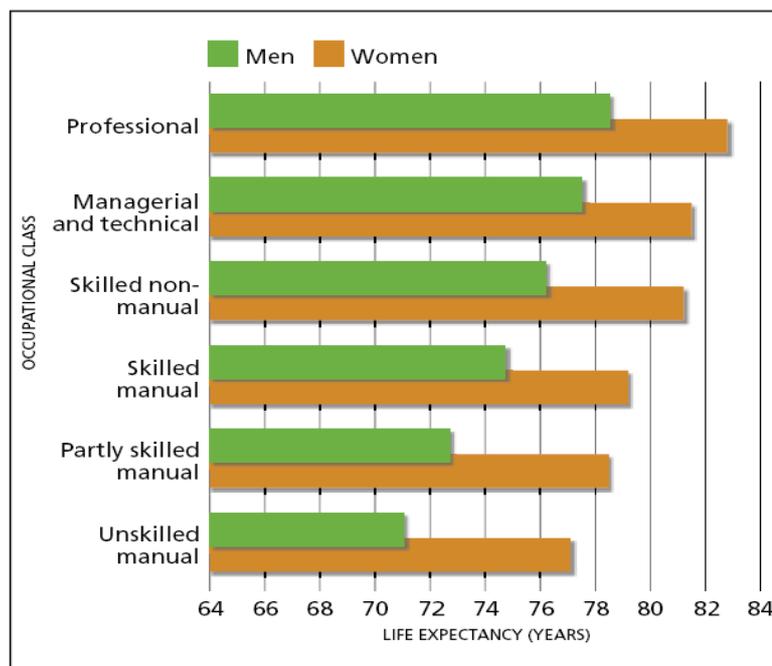


Figure 2: Espérance de vie : différences par catégorie professionnelle (Angleterre et pays de Galles, 1997–1999)

Source Donkin A, Goldblatt P, Lynch K. Inequalities in life expectancy by social class 1972–1999. Health Statistics Quarterly, 2002, 15:5–15.



Connu au Royaume-Uni depuis la fin des années 1970, le concept de « déterminant social de santé » (DSS) apparaît pour la première fois en France en 1998 dans un rapport du Haut Comité à la Santé Publique (3). Celui-ci souligne que « contrairement à certaines idées reçues, les problèmes de santé et d'accès aux soins (...) **débordent largement le seul champ de la santé** et concernent **l'emploi, les revenus, la protection sociale, le logement, les droits sociaux, la vie familiale et l'ensemble des relations sociales** »(3).

Les professionnels de santé connaissent depuis longtemps, du moins intuitivement, l'existence de ces inégalités sociales de santé (ISS). Des causes facilement identifiables sont le renoncement aux soins pour raisons financières (4) ou les comportements individuels à risque, dits plus fréquents dans les classes sociales défavorisées (tabac, alcool, mauvaise alimentation). Pourtant un comparatif européen montre que ces derniers facteurs, distribués de manière différente entre classes sociales selon les pays, n'expliquent pas à eux seuls le phénomène (5).

Devant ce constat, des approches scientifiques se développent pour tenter de définir et de mesurer ces « **déterminants sociaux de la santé** ». Elles aboutissent en 1998, à la rédaction d'un rapport par l'organisation mondiale pour la santé (OMS), qui sera réactualisé en 2004.

Ce rapport identifie neuf champs d'action correspondant aux DSS: **le stress, la petite enfance, l'exclusion sociale, le travail, le chômage, le soutien social, les dépendances, l'alimentation, les transports** (6). La diversité de ces déterminants, leur intrication, les difficultés à les quantifier (stress, souffrance morale, isolement social, exclusion), rendent complexe la mesure de l'impact de chacun.

Dans ce rapport, les auteurs exhortent les gouvernements des pays industrialisés à prendre des mesures de politiques globales en vue d'améliorer l'état de santé des populations. Cela passe notamment par l'amélioration de l'habitat, de l'accès à l'emploi et de l'accès aux soins.

II. POLITIQUES SOCIALES : UN EFFET LIMITE

Ainsi, la France se dote en 1998 d'une « loi relative à la lutte contre l'exclusion » (7) qui institue la Couverture Maladie Universelle (CMU), l'Aide Médicale d'Etat (AME), la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).

La CMU de base permet d'étendre l'affiliation au régime de l'assurance maladie à tous les français et étrangers en situation régulière et stable. Elle leur permet le remboursement de la part sécurité sociale des dépenses de santé. Actuellement, la cotisation d'affiliation à la CMU de base est exonérée en cas de revenus annuels inférieurs à 9601€ (soit 800€/mois) (8).

Concernant la CMU complémentaire (CMUc), elle couvre la part complémentaire des dépenses de santé et est octroyée pour des revenus inférieurs à 8645€/an (soit 720€/mois) pour une personne seule en métropole.

L'AME concerne les ressortissants étrangers, sans autorisation de séjour, pouvant justifier de 3 mois de résidence en France et dont les ressources n'excèdent

pas le plafond de la CMUc. Elle prend en charge l'ensemble des dépenses de santé de ses bénéficiaires.

Enfin, l'ACS bénéficie aux personnes dont les revenus n'excèdent pas un plafond de 11670€/an (soit 973€/an) au 1^{er} Juillet 2014 (9) et consiste en une aide financière pour souscrire une mutuelle.

L'objectif de ces dispositifs était d'améliorer l'état de santé des populations les plus démunies en universalisant l'accès aux soins.

Pourtant, plus de dix ans après la mise en place de ces mesures, alors que la crise économique perdure, le renoncement aux soins tend à ré-augmenter tant dans la population générale que chez les bénéficiaires de la CMUc (Tab.1). La France reste un des pays d'Europe, où les inégalités sociales de santé sont les plus importantes et continuent de se creuser (10).

Tableau 1 : Évolution du taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée

Source : Irdes, Novembre 2011, Questions d'économie de la santé, n° 170.

	1998	2000	2002	2004	2006	2008
Bénéficiaires de la CMU-C		27,1%	15,0%	18,5%	17,4%	21,3%
Bénéficiaires d'une complémentaire privée	13,2%	14,7%	10,3%	13,2%	13,9%	15,3%
Ecart entre bénéficiaires de la CMU-C et bénéficiaires d'une complémentaire privée		12,4%	4,7%	5,3%	3,5%	6,0%
Population générale	15,1%	17,0%	11,8%	15,0%	15,6%	16,5%

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

L'universalisation théorique de l'accès aux soins et le début de réponse apporté au problème financier ne semblent pas permettre d'atteindre une égalité en santé.

En plein débat sur le tiers payant généralisé, nous nous sommes demandés comment se situaient les professionnels de santé, et plus particulièrement le médecin généraliste (MG), dans ces réflexions publiques.

III. LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA PRECARITE

En 1978, l'OMS inscrit la définition de la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social (...) ne consist[ant] pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (11). Elle réaffirme en 1986 que « **la santé exige un certain nombre de ressources préalables** » telles que le logement, l'éducation, la nourriture, les revenus, la justice sociale (12). Dès lors, il devient évident que connaître une situation de précarité ne permet pas d'être en « bonne santé ».

Le médecin généraliste est confronté de fait à cette problématique par les motifs de consultations (stress lié aux conditions de vie, aux conditions de travail, à la situation financière, souffrance psychique) ou par la difficulté de mettre en place sa démarche de soin dans un milieu non favorable (logement insalubre, frein financier aux consultations ...)

S'il doit contribuer à la réduction de ces ISS, peut-il encore le faire en gérant ces situations au cas par cas, de manière empirique et selon l'efficacité de son réseau ? Ne devrait-il pas avoir sa place au sein d'un dispositif plus large associant les acteurs socio-économiques ?

En Europe, comme aux Etats-Unis, plusieurs auteurs s'interrogent sur le rôle individuel que peut jouer le médecin généraliste dans la lutte contre les ISS (13)(14).

- Avec un large accès à la population, d'autant plus depuis la réforme du parcours de soin coordonné (15), le MG n'est-il pas **un témoin privilégié des problèmes que rencontrent ses patients** ?

- Sa **démarche diagnostique et ses décisions thérapeutiques ne sont-elles pas influencées**, qu'il le veuille ou non, **par la situation socio-économique** du patient ?

- Reconnu par les autorités, peut-il avoir un **poids dans les prises de décisions politiques de par son expérience et son expertise** ? Peut-il être un lien entre des populations précaires, souvent mal représentées, et la classe politique ?

OBJECTIFS DE RECHERCHE

Ce travail de recherche avait pour but d'explorer particulièrement la relation entre le médecin généraliste de ville et les patients en situation de précarité. L'étude de celle-ci a été divisée en deux parties afin de recueillir le point de vue de médecins généralistes et celui de patients socialement défavorisés.

Notre hypothèse de départ était que des aspects de la relation médecin de ville/patient en situation de précarité peuvent modifier le parcours et l'accès aux soins de cette population.

Une partie de ce travail, présenté ici, avait pour objectif principal de **décrire le rôle du médecin généraliste de ville dans le parcours de soins des patients en situation de précarité du point de vue de ces patients.**

Les objectifs secondaires étaient une **description du parcours de soins de cette population** et l'identification de **représentations qu'ils pouvaient avoir du médecin généraliste de ville.**

La finalité de ce travail était de mettre en évidence des éléments facilitateurs ou limitant, modifiables, afin d'améliorer l'accès aux soins et plus généralement l'état de santé de cette population.

Notre question de recherche était donc la suivante :

Quelle place les patients en situation de précarité attribuent-ils aux médecins généralistes de ville dans leurs parcours de soins ?

MATERIELS ET METHODES

I. RECHERCHES BIBLIOGRAPHIQUES

Une première recherche bibliographique, en préambule de ce travail, a utilisé les mots clés : accès aux soins, soins primaires, médecin généraliste, précarité, pauvreté, CMU, AME, inégalités sociales de santé.

Elle a été réalisée à partir des moteurs de recherche Pub Med, Google Scholar, CAIRN, dans les catalogues du Sudoc et dans la Banque de Données en Santé Publique (BSDP). Elle a été orientée sur les articles concernant la France étant donné la liaison étroite du thème avec les politiques de santé publique, spécifiques à chaque pays.

Dans le souci d'avoir le moins d'a priori possible sur le sujet, nous avons limité la recherche bibliographique initiale et l'avons complétée, dans un deuxième temps, une fois le recueil de données terminé.

Nous avons également effectuée une recherche bibliographique sur la méthodologie qualitative.

II. POPULATIONS : CRITERES D'INCLUSION ET LIEUX DE L'ETUDE

La démarche de recherche était centrée sur des personnes en situation de précarité. Cette population étant très hétérogène et sa définition sujette à discussion, nous avons arbitrairement choisi de nous limiter à une partie de ces patients, facilement repérables, pouvant être rencontrés dans des lieux neutres permettant l'entretien.

Nous avons donc ciblé des lieux d'accueil initialement sur la base de l'annuaire du Réseau Santé Solidarité Lille (RSL), puis secondairement par notre réseau personnel de connaissances.

Nous avons contacté plusieurs associations en essayant de diversifier les publics accueillis. Nous avons privilégié les centres d'hébergement et les accueils de jour dans l'hypothèse que le cadre pouvait permettre l'organisation d'entretiens. Nous avons exclu les lieux d'accueil où des soins étaient dispensés, afin de rester le plus neutre possible quant au parcours de soins des interrogés.

Les critères d'inclusion des personnes rencontrées sur ces lieux étaient :

- avoir plus de 18 ans
- pouvoir donner son consentement à l'étude
- parler une langue permettant l'échange (français, anglais, allemand)
- avoir une couverture maladie complète (AME, CMU+CMUc, affiliation au régime général + mutuelle), c'est à dire permettant théoriquement de n'avoir aucun frais à avancer.

Ce dernier critère d'inclusion visait à s'affranchir de la problématique du renoncement aux soins pour raisons financières.

Le nombre de participants et la durée de l'étude étaient conditionnés par la saturation des données.

III. METHODE : RECHERCHE QUALITATIVE PAR ENTRETIEN INDIVIDUEL SEMI-DIRECTIF

A. Choix de la méthode

Notre recherche visant à décrire des perceptions et des représentations, c'est la méthode qualitative qui s'est imposée.

En effet, cette approche issue des sciences sociales, qui se développe en médecine générale, permet d'explorer les phénomènes non ou peu quantifiables comme les représentations et les comportements des individus. Basée sur l'analyse de propos recueillis lors d'entretiens, elle correspond bien à un travail exploratoire de phénomènes peu ou pas connus (16)(17). Elle peut servir de base par la suite à une méthode quantitative dont le but sera de vérifier les hypothèses émises.

En effet, si cette méthode permet l'émergence d'hypothèses, elle ne permet cependant pas de les confirmer formellement ou de leur conférer un poids selon la fréquence de leur citation.

B. Choix de la technique de recueil de données

Pour des raisons d'organisation et afin de permettre un discours plus libre, la technique choisie était l'entretien individuel semi-directif.

La recherche bibliographique a permis l'élaboration d'un premier guide d'entretien définissant trois grands thèmes à aborder à l'aide de questions ouvertes, complétées de questions de relance (18). Retravaillé après chaque série d'entretiens afin de l'adapter aux idées émises, il a abouti à un guide d'entretien final (Annexe 1).

J'ai moi-même mené les entretiens. Enregistrés par dictaphone, ils ont ensuite été intégralement retranscrits sous forme de verbatim.

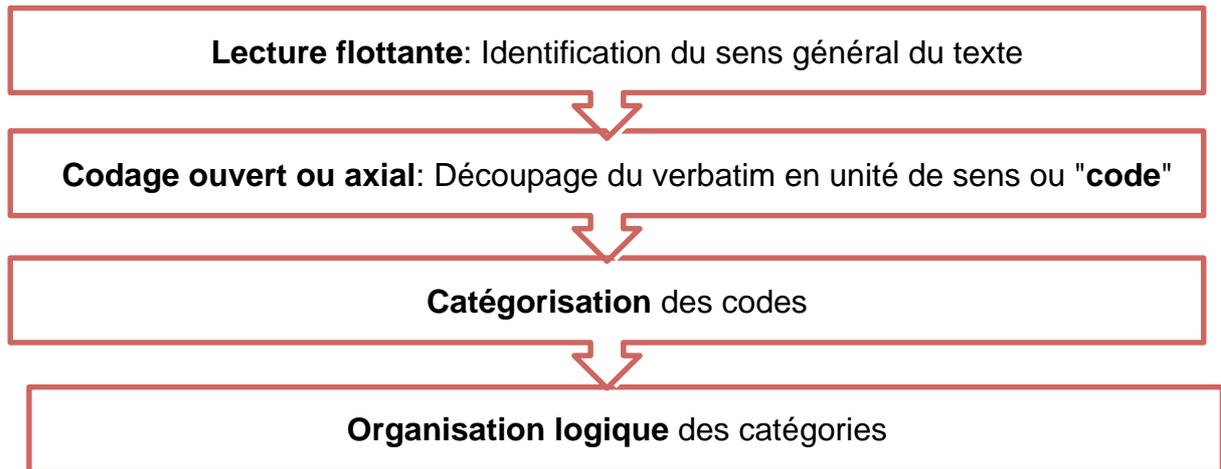
C. Analyse ou codage

Nous avons procédé à l'analyse en nous reposant sur la méthode de la théorisation ancrée (19), dont le principe est que les découvertes « doivent être ancrées dans le terrain et non déduites d'un cadre a priori » (17).

Les données ont été traitées manuellement à l'aide des logiciels Word® et Excel®. Les différentes étapes du codage sont résumées dans la figure 3.

L'ensemble de ce processus a été réalisé sous la forme d'un double codage en lien avec la chercheuse menant le volet de l'étude questionnant les médecins généralistes.

Figure 3 : Etape de l'analyse des données de l'étude.



RESULTATS

I. DONNEES GENERALES

Nous avons mené quinze entretiens dans quatre structures associatives recevant un public en situation de précarité entre Mai 2014 et Janvier 2015 (Tab.2).

Tableau 2 : Caractéristiques des lieux de recueils

Noms	Lieu	Type	Publics accueillis
Armée du salut	Lille Moulins	CHRS	Hommes seuls, sans logement
Armée du salut	Lille Moulins	LHSS	Hommes seuls, sans logement, besoin de soins
AIDA	Lille Wazemmes	Accueil de jour	Migrants, Demandeurs d'Asile
FARE	Lille centre	Accueil de jour	Familles
Midi-Partage	Valenciennes	Accueil de jour	Tout public, besoin en aide alimentaire

AIDA : Aide et Insertion aux Demandeurs d'Asile

FARE : Famille Accueil Ecoute Réinsertion

La durée des entretiens allait de 7 min46s à 40min22s. Leurs caractéristiques sont détaillées à l'annexe 2.

L'analyse du corpus des 15 verbatims a permis d'extraire 364 codes (Annexe 3).

La saturation des données a été obtenue au 14^{ème} entretien, confirmé par le 15^{ème} entretien.

Les numéros indiqués par la suite entre parenthèse correspondent au numéro du code dans le livret.

II. POPULATION DE L'ETUDE

A. Description

Les caractéristiques des interviewés sont résumées dans le tableau 3.

Tableau 3 : Caractéristiques des interviewés

Nom	Age	Sexe	Activité	Revenus	Couverture maladie	Situation familiale	Nationalité
P1	47	H	Non connue (NC)	NC	CMU+CMUc	Célibataire	France
P2	46	H	Barman	NC	CMU+CMUc	Célibataire	France
P3	45	H	Invalidité	AAH	AMO+CC	Célibataire, 4 enfants	France
P4	30	H	Ouvrier, demandeur d'emploi	NC	AME	Marié, 2 enfants	Roumanie
P5	23	F	Sans emploi (SE)	NC	AME	Mariée, 2 enfants	Roumanie
P6	33	F	Secrétaire	RSA	CMU+CMUc	En couple	France
P7	54	F	Secrétaire	NC	AME	Veuve, 4 enfants	RCD
P8	39	F	NC	NC	CMU+CMUc	Célibataire, 1 enfant	Cameroun
P9	35	H	Tatoueur	RSA	CMU+CMUc	En couple	France
P10	58	F	Ouvrière, demandeuse d'emploi	NC	CMU+CMUc	Séparé, 5 enfants	France
P11	23	H	Maçon, demandeur d'emploi	NC	AMO+CC	Séparé, 2 enfants	France
P12	20	H	Invalidité	AAH	AMO+CC	Célibataire	France
P13	52	H	Ouvrier polyvalent, demandeur d'emploi, demande d'invalidité en cours	RSA	CMU+CMUc	Célibataire, 5 enfants, 2 à charge	France
P14	62	H	Boucher, retraité	Pension de retraite	AMO+CC	Célibataire	France
P15	21	H	Demandeur d'emploi	NC	CMU+CMUc	En couple	France

AAH Allocation adulte handicapé
 AMO Assurance maladie obligatoire
 CC Couverture complémentaire
 RSA Revenu de solidarité active
 RDC République Démocratique du Congo

B. Parcours de vie

Les personnes interrogées ont spontanément évoqué des passages de leur vie pouvant constituer des facteurs de vulnérabilité.

1. Au centre des priorités : le logement

Les difficultés liées au logement (19) étaient fréquemment mises en avant, cependant les situations différaient grandement d'une personne à l'autre.

Certains connaissaient ou avaient connu une **absence totale de logement**, comme cet homme qui dormait dans sa voiture avec femme et enfants (108).

Entretien 4 :

« NB : Vous êtes dehors ?

P4 : Je ...(gêné, parle de moins en moins fort) dors dans la voiture.

NB : Et les enfants ? Et Madame ?

P4 : Toute la famille. »

D'autres bénéficiaient d'un **mode d'hébergement précaire** allant de l'hébergement d'urgence (109) à l'hébergement en CHRS (20), en passant par la caravane (121) ou l'hébergement chez des amis (346).

Entretien 6 :

« On était chez sa mère qui a eu la gentillesse de nous héberger. Au 24 Mai, elle a dit qu'elle pouvez plus nous reprendre etc., etc....Du coup depuis ...non le 20 Mai, on dort dans des centres d'hébergement d'urgence. »

Les interviewés soulignaient d'ailleurs les difficultés liées au système d'hébergement, notamment au manque de place (93).

Entretien 5 :

« Moi j'ai été à la ...appelle le 115. Mais il dit y'a pas de place...pour nous. »

Entretien 6 :

« Si on a l'argent, est-ce qu'on a la place ? Est-ce qu'il y aurait une place, est-ce qu'il est pas trop tard si on a pas réservé? »

Enfin si certains d'entre eux étaient ou avaient été locataires de leur logement (352), ils avaient connu d'**autres problématiques** telles que : l'insalubrité (54), l'expulsion (91), les déménagements répétés (112,307).

Entretien 3 :

« *On a fini par me foutre dehors... »*

Entretien 5:

« *NB : Là actuellement vous habitez où ?*

P5 : A Roubaix. Avant à Lille, après à Roubaix. Lille-Roubaix, Lille, Roubaix.»

Certains exprimaient le besoin de connaître le quartier afin d'y retrouver des repères (94).

Entretien 3 :

« *P3 : On m'avait proposé sur Roubaix mais ça m'intéresse pas. J'attends sur Lille ou La Madeleine ou les environs d'ici...*

NB : Vous connaissez mieux ?

P3 : Mieux oui. Je suis plus habitué. »

Pour la plupart, le logement était au cœur de leurs priorités (21)

2. Des évènements de vie fragilisant ...

Dans le domaine des **revenus et de l'emploi**, les difficultés financières (84) étaient au premier plan. Certains bénéficiaient d'aides sociales (73). Une femme n'arrivait pas à assurer les besoins quotidiens de sa famille (123).

Entretien 3 :

« *J'ai des problèmes avec ma curatelle euh (...) Elle me paye pas toutes les semaines comme avant. Donc ça m'embêtait que j'avais pas d'argent. »*

Entretien 5 :

« *Moi parti à Calais pour que donner quelque chose à manger pour les enfants, mais pas donner. »*

Aucun des interviewés n'avaient d'emploi au moment de l'enquête, la majorité étaient demandeur d'emploi, avaient connu des emplois précaires (189,207) ou étaient en invalidité.

Entretien 8 :

« Après là je travaille plus. Donc là après, ils m'ont demandé la CMU parce que j'avais plus ... de revenu, j'avais plus rien ! »

Au plan familial revenaient des épisodes d'éloignement, voir de ruptures (88, 212). Pour un homme cela avait conduit à une période d'isolement total et un état d'incurie (89, 90).

Entretien 3 :

« Je suis séparé de ma femme et de mes enfants. (...), nettoyer tout ça, j'étais plus rien. On a fini par me foutre dehors... »

Entretien 14 :

« Euh je ne suis plus tellement en contact avec certains membres de ma famille parce qu'ils ne sont plus ici dans le Nord »

L'histoire familiale était parfois complexe, parfois source d'inquiétude et jalonnée d'évènements difficiles (258).

Entretien 12 :

« C'est que j'ai une situation super compliquée (...) j'veux pas vous faire peur mais dans ma famille, y'a eu un meurtre qui a été commis par un propre membre de la famille. »

Ce même jeune homme évoquait deux deuils difficiles (317, 321, 322).

Quatre personnes relataient des **expériences de violence** à leur rencontre ou dans l'environnement (64, 155) et exprimaient un sentiment d'insécurité (65).

Entretien 2 :

« On m'a dit « Tu verras, tu vas pas t'y attendre, on va te mettre dans le trou vivant et on va t'enterrer vivant ! » J'ai flippé, je vous assure j'ai flippé. »

Entretien 5 :

« Y'en a beaucoup en caravanes. Beaucoup de maisons. Jouer, après les bagarrer et après boire de l'alcool ! Moi je reste dans ma caravane ! »

Certains interrogés déclaraient d'ailleurs avoir eu eux mêmes des comportements violents ou des problèmes judiciaires (347, 365).

Ces parcours de vie, jalonnés de ruptures étaient souvent difficiles à évoquer, parfois empreints de honte (111) et certains exprimaient des incertitudes quant à leur avenir (22).

Entretien 2 :

« Je sais pas justement, je sais pas. Je suis un peu perdu »

3. ... mais des ressources mobilisables

Malgré les difficultés évoquées, il apparaissait des ressources mobilisables, en premier lieu l'entourage.

Plusieurs personnes soulignaient en effet l'importance d'avoir une vie sociale (255), d'être « intégré », le fait de pouvoir compter sur l'entourage (257).

Entretien 10 :

« Je vais dans une association, j'essaie de sortir de temps en temps quand même et tout, pour relâcher les nerfs (...) Je suis pas la seule dans ce cas-là donc faut essayer de se grouper un petit peu aussi, on essaie de rigoler un peu. »

Entretien 14 :

« Il faut pas que je sois en retrait »

La possibilité de préserver les liens familiaux malgré la vie en hébergement était importante (92).

Entretien 3 :

« Mes enfants je les vois, ils viennent régulièrement me voir, toutes les deux semaines. »

La famille était d'ailleurs une priorité (259).

Entretien 8 :

« Parce que j'ai un enfant en charge, je vais pas m'amuser avec ma santé. Il faut que j'ai de l'énergie pour l'élever ! »

Entretien 10 :

« Ben bon j'ai 5 enfants, 2 petits-fils, j'ai mes propres soucis avec eux hein ? Je claqué pas des doigts : tout va bien pour eux. Comme pour tout le monde. »

Comme l'exprimait une jeune femme, le fait de vivre en couple pouvait être un soutien même si cela semblait parfois compliquer les démarches (149).

Entretien 6 :

« Par exemple le 115 de Valenciennes proposait une solution, moi à Denain et lui sur Valenciennes, non on a refusé. »

La passion d'un sport allégeait parfois le quotidien (323).

Entretien 12 :

« Moi j'ai toujours eu un rêve, moi quand je vais mourir, je veux me faire incinérer et que mes cendres y soit jetées sur le stade du LOSC, ah ouais, j'ai, c'est un rêve débile mais c'est obligé... »

Pour les étrangers, le fait de parler la langue du pays (116) était un atout.

Entretien 4 :

« Non. Pour nous non, c'est facile de trouver parce que je connais très bien, je compris bien, je parle la plupart ... , je parle français. »

Pour tous, la connaissance des droits sociaux (74) et des institutions était primordiale.

4. Intervention de tiers : l'accompagnement social

Ces entretiens ont mis en lumière des intervenants extérieurs à la relation médecin-malade : « les travailleurs sociaux ». Onze des quinze personnes interrogées bénéficiaient d'un suivi social au moment de l'étude (194).

Deux personnes insistaient sur la nécessité d'avoir un « cadre » (63) alors qu'à l'inverse un autre homme exprimait un besoin d'autonomie (87).

Entretien 2 :

« En attendant qu'on me trouve... une maison relais pour pas que je sois livré à moi-même à l'extérieur. »

Entretien 3:

« J'ai envie de vraiment ... , d'être autonome et d'avoir un appartement. Ça fait plus de deux ans que je suis en foyer, j'en ai assez. »

Un homme avait, un temps, bénéficié d'un programme de réinsertion professionnelle (360).

Entretien 14 :

« Dans cette résidence là donc j'ai eu l'occasion de faire des C.E.S, (...) Un C.E.S c'était employé de collectivité... par exemple, des trucs comme ça »

Les travailleurs sociaux ou les associatifs jouaient parfois un rôle dans l'entrée ou l'orientation dans le parcours de soins (102,174).

Entretien 4 :

« J'ai parlé avec Mlle Hélène de l'AREAS pour les lunettes. Elle a envoyé pour aller à MSL.»

5. Santé et conditions de vie

Les personnes interrogées avaient conscience de l'existence de liens étroits entre leurs conditions de vie et leur état de santé (287)

Entretien 2 :

« Et c'est peut être pour ça que ça s'est pas guéri aussi vite, mon pied, parce que c'était... complètement insalubre »

Entretien 7 :

« Y'a d'autres problèmes de santé qui arrivent dans la vie suite aussi au mode de vie que vous vivez... »

a) Des conditions de vie à la santé.

Les interviewés avaient connu des situations où leurs conditions de vie avaient nui à leur santé (25), aux soins (55), comme le cas de cet homme qui refusait les soins infirmiers à domicile car il avait honte de son logement insalubre (53).

Entretien 2 :

« Je voulais pas qu'elle aille chez moi. Insalubrité parce qu'en même temps bon voilà avec l'histoire de mon appartement, voilà je voulais pas qu'elle vienne là. (...) J'étais... honteux quoi de montrer ou je vivais »

Entretien 5 :

« Et après je dormis dans la voiture et après tous les deux malades. Je partis à l'hôpital, je restais cinq jours... »

Pour beaucoup, les conditions de vie précaires engendraient une souffrance morale (110) qui nuisait à un bon état de santé général.

Entretien 4 :

« Euh... maintenant notre situation ça fait... un peu difficile, parce que je suis... dehors. »

Entretien 8 :

« Parce que quand on a pas de travail par exemple, c'est un exemple que je donne : t'as pas de travail, t'as pas de logement, ça joue ! Psychologiquement, t'es pas bien, t'es pas stable. »

b) De la santé aux conditions de vie.

Pour d'autres, c'est leur état de santé qui était à l'origine de leurs situations actuelles. La maladie ou un accident avaient interrompu leurs activités, notamment professionnelles (37, 351).

Entretien 2 :

« Ça je sais, on me l'a dit, je pourrais plus travailler comme barman, plus rester debout. Ben je peux plus avoir des situations prolongées, (...), donc il faut que je marche mais que je me repose le pied aussi.. »

Entretien 13 :

« Moi j'étais couvreur dans le temps donc imagine le type qui a plus l'usage de son bras droit, qui en plus a des vertiges... Bon ben voilà ! »

Un homme avait connu un problème de dépendance à l'alcool qu'il reliait à des douleurs chroniques (349).

Entretien 13 :

« Parce qu'il y a eu une période ou c'était un bon refuge quand même mais qui, qui, qui finissait par détruire en fait (...) Non, c'était par rapport à la douleur, et c'est vrai que ça m'aidait beaucoup, ça m'aidait beaucoup. »

Un autre avait renoncé à des heures de travail et sciemment limité ses revenus pour pouvoir bénéficier de la CMU et accéder à des soins dentaires (237).

Entretien 9 :

« Je me suis carrément mis à la CMU pour me soigner les dents (...). J'avais dix heures de travail à faire pour toucher les allocations chômage et avoir une situation plus évidente que d'être au RSA (...) même en travaillant, je gagnais pas assez pour me soigner les dents. »

C. Données sanitaires

1. Pathologies rencontrées

Au cours des entretiens, nous avons dégagé deux types de populations. La première était constituée de personnes plutôt jeunes, en bon état de santé général, qui consultaient pour des pathologies aiguës bénignes, notamment ORL (142), des problèmes ostéo-articulaires (202), gynécologiques (153), ophtalmologiques (192) ou encore des problèmes dentaires avec parfois un retentissement secondaire (222, 239).

Une autre population, plus âgée, présentait des pathologies chroniques (162), potentiellement graves à des stades plus ou moins avancés. Parmi elles, des pathologies cardio-vasculaires (161), hépatiques (3), neurologiques et cognitives (18, 356), infectieuses (34), digestives (241), endocriniennes (245), ainsi que des douleurs chroniques (240).

Entretien 2:

« Bien avant j'ai eu d'autres soucis de santé parce que je sors de traitements pour l'hépatite C, donc quelque chose de très contraignant aussi... »

Entretien 7 :

« Je faisais de l'hypertension (...) Qu'est ce qu'il y a encore...le cholestérol ! J'avais un cholestérol un peu élevé. »

Nous avons également recensé des pathologies psychiatriques (70) et des problèmes de dépendances (9) (alcool, opiacés, psychotropes).

Entretien 2:

« J'ai tout arrêté. Les drogues ça fait quelques temps, parce que j'ai tout, tout, tout goûté comme on dit : héro, cocaïne, tout, tout, tout. Du speed, des trips, voilà, vraiment à fond »

Entretien 3 :

« Je suis schizophrène »

Entretien 6 :

« Je suis borderline à tendance abandonnique. »

Plusieurs personnes évoquaient une souffrance morale (266), allant jusqu'aux idées noires (264), au fatalisme (265) ainsi qu'une symptomatologie anxieuse (253).

Entretien 10 :

« Dans ces cas-là, on se met une balle dans la tête et puis voilà. »

Deux personnes souffraient d'un handicap (301), un jeune homme avait une myopathie génétique, incurable (299,300) tandis qu'un autre homme souffrait de séquelles d'une intervention chirurgicale complexe (327,329).

Enfin, des personnes déclaraient avoir une mauvaise hygiène de vie (201) et des expositions à des facteurs de risque (152) : rapports non protégés, tabagisme, surpoids (267,294).

Entretien 9 :

« Etant donné que j'ai pas un hygiène de vie super excellente : fumeur, tout ça... »

2. Besoins en soins identifiés

Les patients souffrant de maladies chroniques relevaient d'un suivi médical régulier par le généraliste et les spécialistes de ville ou hospitaliers (2, 38,44). Certains patients nécessitaient un suivi psychiatrique régulier (79). Au moins trois personnes avaient du subir un acte chirurgical dont une intervention complexe (246, 327).

Nous avons également identifiés des besoins en terme de médicaments : traitements chroniques (2), traitements symptomatiques (244), psychotropes (6), traitements de substitution (10).

Des patients avaient besoin de soins infirmiers pluri-hebdomadaires (5) et d'une surveillance biologique régulière (247).

Entretien 1 :

« C'est ... l'infirmier qui me donne mes médicaments. »

Entretien 2:

« C'est mon pied de Charcot,... que j'ai quoi donc euh... y'a des soins tous les jours »

Les enfants d'une femme interrogée avaient du être hospitalisés récemment (122).

Certaines personnes nécessitaient une correction optique (115), un homme avait occasionnellement recours à des soins d'ostéopathie et des soins dentaires (204, 222), un autre bénéficiait de soins d'orthopédie, de kinésithérapie et de rééducation au long cours (330, 331,362). Enfin une femme devait suivre un régime alimentaire restrictif (243).

3. Couverture maladie

Un critère d'inclusion de l'étude était d'avoir une couverture maladie complète. Les personnes interrogées bénéficiaient donc soit de la CMU et CMUc pour 7 d'entre elles, de l'AME pour 3 personnes. Quatre des 15 participants avaient une affiliation au régime général avec une mutuelle (8, 72, 103), dont un seulement déclarait avancer les frais (353).

III. RAPPORT A LA SANTE ET AUX SOINS

A. Santé et maladie

Ces entretiens ont permis aux interviewés d'exprimer leurs représentations de la santé en général.

1. La santé

A l'exception d'une femme (263), la plupart des interviewés se disaient en «bonne santé» (1).

Entretien 10 :

« NB : Du coup vous diriez que votre état de santé, il est comment ? Vous vous sentez comment vous ?

P11 : (réfléchi) Pas si bien que ça parce que tous les jours, c'est ... c'est les problèmes de santé. »

Entretien 13 :

« Tout ce qui était sang... J'ai un sang formidable, une urine formidable ! »

Pour certains d'entre eux, la santé était la priorité absolue (85).

Entretien 8 :

« Si j'ai pas de santé, je peux pas vivre parce que c'est la santé avant tout (...) Non mais moi ma santé, c'est tout pour moi ! »

Entretien 11 :

« Si on n'a pas la santé, ça ne sert à rien. Moi je préfère avoir une bonne santé et après m'occuper du reste, la santé c'est important »

La plupart manifestaient simplement un intérêt pour la santé (158), voir pour la prévention (214).

Entretien 9 :

« Je sais qu'il y a des maladies chroniques et tout ça .Mais pareil je suis à l'affût un peu de ça »

Mais cela restait une préoccupation secondaire (223).

Entretien 6 :

« NB : Et du coup la santé, c'est quelque chose ... qui prend quelle place dans votre vie ?

P6 : Actuellement ? Aucune. Aucune. Parce que je me donne pas le droit d'être malade»

Entretien 10 :

« Moi c'est la dernière des choses, ma santé, j'y vais par obligation ! »

Pourtant, le fait d'être en bonne santé conditionnait aussi d'autres champs de leur vie comme l'accès au travail (120), à l'hébergement (146) ou comme prendre soin de sa famille (262).

Entretien 4 :

« J'ai allé à la docteur pour faire le vaccin. (...) J'ai besoin du vaccin pour le travail. »

Entretien 8 :

« Parce que j'ai un enfant en charge, je vais pas m'amuser avec ma santé. Il faut que j'ai de l'énergie pour l'élever ! »

Un homme définissait la santé comme un équilibre global (218) et de nombreuses personnes insistaient sur le fait que cela incluait santé physique et psychologique (233)

Entretien 10 :

« Des médicaments ne va pas vous guérir si t'as pas le moral. Il faut tout avec. »

Trois personnes soulignaient également qu'être en bonne santé passait par une bonne hygiène de vie (288,289).

Entretien 11 :

« Je veux dire sur le mode de vie, on va se coucher à des heures, style 2-3 heures du matin, on est plus fatigué, quand on plus fatigué, on a plus de risque de tomber malade justement, on est plus fragile, donc après, il y a beaucoup de trucs qui jouent »

2. La maladie

Une personne remarquait l'inégalité faite à la maladie (216).

Entretien 9 :

« Y'a des gens qui peuvent avoir une sale hygiène de vie et pas avoir de problèmes et d'autres une super hygiène de vie et tous les problèmes du monde. »

Les participants définissaient la maladie comme le produit d'un agent extérieur (234) mais aussi comme le retentissement du moral sur le physique (233).

Entretien 8 :

« On se sent malade parce qu'on est pas bien dans sa tête alors que... »

Entretien 9 :

« Pour moi une maladie c'est un virus ! C'est pas un mal de crâne, c'est pas une angoisse, enfin tu me diras, une angoisse, ça peut être une maladie. Pour moi tout ce qui peut se régler par le cerveau, c'est pas une maladie. »

Certaines personnes souffrant de maladies chroniques exprimaient un lourd retentissement psychologique au quotidien, la maladie étant vécue comme une fatalité (35, 143).

Entretien 2 :

« Ça, ça me saoule un peu mais ... faut le soigner quoi. Ça j'ai pas le choix du tout donc euh... Puis ce qui m'agace, c'est parce que ça fait mal, ça prend du temps. »

Entretien 12 :

« Mais bon, ils me l'ont trouvée, ils me l'ont trouvée, on peut pas faire autrement ! »

Un jeune homme atteint de myopathie de Duchenne exprimait une angoisse concernant l'évolution de sa maladie et sa mort (319,320).

Entretien 12 :

« Je sais comment je vais finir, j'arrête pas d'y penser. »

D'autres disaient « gérer » leur pathologie et avoir appris à vivre avec (144).

Entretien 6 :

« Non, le principal c'est que j'arrive à vivre avec tous les jours »

Enfin pour un homme, victime d'un accident la maladie était survenue de manière brutale, et avait entraîné de profonds changements dans sa vie quotidienne (336).

B. Le système de santé

Les interviewés exprimaient pour la plupart une réelle reconnaissance pour le système de santé en France (66). Concernant les établissements sanitaires, plusieurs d'entre eux avaient bénéficié de soins pointus au sein d'hôpitaux universitaires (50) qui représentaient une forme « d'excellence ».

Entretien 7 :

« J'allais aussi dans un hôpital, hôpital Kremlin-Bicêtre. C'est un grand hôpital en banlieue parisienne donc euh...là y'a plusieurs professeurs »

Une personne formulait toutefois des critiques vis à vis de l'hôpital public (138,140) en comparaison avec les établissements privés (134).

Entretien 6 :

« J'étais en clinique privée mais ça, y'a pas eu ... enfin clinique privée, voilà quoi ! Tout le monde le sait, on est beaucoup mieux cocooner, beaucoup mieux pris en charge (...) Ils sont aux petits soins que dans un hôpital public... »

Plusieurs personnes évoquaient d'ailleurs la notion de « coût du soin » (139)

Entretien 6 :

« Clinique privée, c'est beaucoup plus... On met le prix ! »

Entretien 9 :

« Mais il est cher ! Il est plus cher que la plupart des ostéopathes que j'ai vu, quoi. »

La couverture maladie était vécue comme une protection (32), voir un « privilège » dont il ne fallait pas abuser étant donné son coût pour la société (220).

Entretien 1 :

« NB : Le fait d'avoir cette carte vitale, qu'est ce que ça change pour vous ?

PI : Ben moi je me sens protégé, je peux me soigner quoi... même en dehors »

Entretien 2 :

« Sans la CMU je me soigne pas, voilà c'est simple. »

Entretien 9 :

« Si je l'avais pas, si j'avais un problème de santé, je serais dans la merde, je me soignerais pas comme beaucoup de gens en France (...) Si j'estime que ma santé est bonne, je vais pas utiliser un service qui va être payé par tout le monde, pour ... pour être plus sûr de moi, quoi (...) je nique pas le trou de la sécu. »

Pour un homme, l'AME lui permettait d'offrir des soins à sa famille (118) à défaut d'un logement.

Entretien 4 :

« NB : quand vous avez eu votre carte là, est-ce que ça a changé quelque chose pour vous ?

P4 : Oh oui ! Beaucoup (rires) Ça changé. Ça fait mieux pour nous. Parce que j'ai pas, j'ai pas... Quand j'ai besoin pour les enfants quelque chose ça fait bien. C'est bon. »

C. Les professionnels de santé

Concernant les professionnels de santé, la vision générale était plutôt positive et plusieurs interviewés témoignaient là-encore d'une véritable reconnaissance pour des soignants rencontrés dans leur parcours (67, 69).

Entretien 2 :

« Ils passent du temps quand même avec toutes les personnes malades, y'a pas que mon cas à moi, y'a d'autres choses. Ouais elles sont quand même toutes gentilles. Ça c'est quelque chose que j'apprécie franchement dans les hôpitaux, je trouve qu'on est bien... comment je vais dire ça... bien soutenu ! »

L'accueil en pharmacie était décrit comme bon (125). Un interviewé soulignait une prise en charge plus globale dans les disciplines alternatives ou la kinésithérapie qu'en médecine générale (217). Concernant les dentistes, une personne semblait plus réservée et exprimait sa crainte des refus (228).

Trois personnes déclaraient avoir vécu de mauvaises expériences avec le corps médical et semblaient avoir mis une étiquette sur les médecins en général (235, 311). Ils exprimaient une perte de confiance, le sentiment d'avoir rencontré des médecins peu investis et déploraient leur manque de communication (298, 308, 315).

Entretien 13 :

« Moi on m'a dopé, on m'a donné par exemple des Seresta[®] avec des Veratran[®] ! Alors que c'était pas possible comme ce sont de la même famille, on peut pas assimiler ces deux là. Je me suis aperçu que les Seresta[®], on ne peut les prescrire que 12 semaines. Ça fait 3 ans que je les prends tous les jours ! »

D. Les bénéficiaires de la CMU/AME

Au cours des entretiens, des personnes bénéficiaires de la CMU se sont exprimées spontanément sur leurs représentations « des CMU ». Certains d'entre eux semblaient se sentir stigmatisés et témoignaient d'une honte à avoir la CMU (126, 227).

Entretien 8 :

« Ben j'avais une carte vitale normale ! (...) Après là je travaille plus. Donc là après, ils m'ont demandé la CMU parce que j'avais plus ... de revenu, j'avais plus rien ! »

Entretien 9 :

« Même si ... c'est pas évident, c'est comme aller au secours populaire, tu vois ? »

Elles évoquaient la notion de surconsommation de soins (221) qui leur est attribuée.

Entretien 6 :

« Je vais pas aller embêter mon médecin à me faire une ordonnance et faire marcher la sécu parce que j'ai la CMU... »

Entretien 9:

« C'est pas parce que je touche la CMU que je vais aller voir un médecin toutes les 3 semaines, que je vais aller au dentiste tous les mois »

Elles exprimaient la crainte de subir des refus (228) ou d'être victime de soins de mauvaise qualité (231).

Entretien 8 :

« Par rapport à certains médecins qui ne veulent pas consulter parce que le patient a la CMU. Lui, non, il consulte et voilà. »

Entretien 9:

« Je demandais avant s'il acceptait quoi. Si ça allait pas me poser problème et j'allais être soigné correctement, comme tout le monde.»

Deux des personnes interrogées décrivaient « le CMU » et plus largement la personne en situation de précarité comme ayant de faibles revenus (225, 226), une mauvaise hygiène de vie (224) notamment en terme d'alimentation, d'hygiène bucco-dentaire, d'hygiène du logement.

Entretien 9 :

« Parce souvent les gens qui ont la CMU, c'est des gens qui ont pas les moyens de vivre correctement, donc pas les moyens de se nourrir correctement, d'acheter du dentifrice tout le temps, y'a plein de problème lié à des situations... (...) Mais ouais forcément, les gens à la CMU, ils ont une hygiène de vie moins bonne que les autres ! »

Entretien 11 :

« Il y a des gens qui laissent la vaisselle dans l'évier, limite, elle moisit, ça joue sur la santé aussi. Y a pas de miracle après ! Si l'hygiène n'est pas top top, c'est normal que ça joue sur la santé, c'est logique. »

Un homme insistait sur l'importance d'être intégré dans la société (354) et considéré comme n'importe quel autre patient (358).

Entretien 14 :

« C'est inné, c'est à dire ça me vient depuis ma jeune enfance, je dois être accepté, donc je sais me conformer à certaine règle générale. »

IV. PARCOURS DE SOINS

A. Motifs de consultations et entrée dans le parcours de soins

Les premiers motifs de recours étaient les problèmes aigües bénins (43). Le caractère urgent (13) ou le retentissement sur les activités de la vie quotidienne (213) étaient des motivations pour consulter.

Entretien 9 :

« Si vraiment je suis mal et que je peux pas... que ça m'empêche de faire ce que j'ai à faire, ben là j'irai chez un docteur... »

Les personnes souffrant de pathologies chroniques consultaient pour le renouvellement du traitement (11). Celui-ci pouvait parfois justifier la visite médicale et permettre d'exprimer un autre motif (364).

Entretien 10 :

« Mais oui, si au bout d'un mois ou deux mois, je vois que ça va pas et puis après j'ai l'occasion de dire j'ai plus de médicaments et j'y retourne et puis en même temps... »

Les autres motifs évoqués conduisant au MG étaient les certificats médicaux (119), la prescription de contraception (151), le fait de consulter pour sa famille, plus particulièrement ses enfants (105) et les soins de prévention pour une personne (193).

Entretien 8 :

« Je suis pas souvent malade mais quand j'y vais souvent c'est pour le bilan de santé. Qu'il me fasse une ordonnance pour voir... si j'ai pas de problème de santé... »

Entretien 15 :

« Y'a pas longtemps, j'ai été pour un certificat (...) Ben à chaque tournoi, ils demandent quand même »

Plusieurs personnes évoquaient les motifs psychosomatiques (200).

Entretien 8 :

« Psychologiquement, t'es pas bien, t'es pas stable donc de là ça fait vraiment ... le moral..., donc t'es pas bien... donc du coup, tu as toutes les maladies du monde (rires) (...) Ça dit t'as tout à la fois, ça dit comme si tout s'écroule sur toi. Et là tu es malade alors que tu es pas malade mais tu es malade ! (...) On se sent malade parce qu'on est pas bien dans sa tête alors que... »

Enfin certaines personnes n'étaient pas entrées dans le soin d'elles-mêmes : parfois poussées par la famille (262), parfois orientées par des spécialistes notamment dans le cadre d'un relai de traitement substitutif (129,130) ou par des travailleurs sociaux (102). Une structure d'accueil de jour se servait des certificats de non contre-indication à la pratique du sport pour réorienter vers le médecin généraliste (364). Pour certains, l'entrée était facilitée par le fait que des soignants intervenaient directement en structure d'hébergement (LHSS) (4).

Entretien 6 :

«L'ancien foyer où j'étais, le chef de service a demandé que j'aille au CMP Antonin Arthaud».

Entretien 12 :

« NB: A partir de quand vous y allez?

P13: Quand je me fais engueuler par ma sœur ...donc l'autre coup j'y ai été parce qu'elle m'avait engueulé sinon j'aurais pas été... »

B. Modalités du parcours de soins

Les parcours de soins différaient selon l'âge, les pathologies, la nationalité. A l'exception de deux personnes, tous les interrogés avaient un médecin traitant déclaré au moment de l'interview (15, 208). A l'exception de deux patients étrangers, tous connaissaient ou avaient fait l'expérience d'une période de suivi prolongé par un MG (16), les plus jeunes faisant référence au suivi de l'enfance (209).

Entretien 6 :

« C'est un médecin que j'ai depuis que j'ai l'âge de 20 ans, quoi ! (...) c'est vraiment un médecin qui...enfin ça fait plusieurs années quoi! »

Entretien 9 :

« Le seul et unique docteur que j'ai eu, c'est le médecin que j'avais quand j'étais petit quoi. »

On pouvait distinguer deux types de parcours. Une partie des personnes, en majorité des jeunes en relative bonne santé, n'avaient pas de suivi régulier (124).

Entretien 9 :

« Aïe aïe (réfléchit), je m'en souviens même plus tellement ça fait longtemps, quoi ! ... La dernière fois que je suis allé chez un docteur ? (...) Donc ça doit remonter à ... pff (réfléchit)... ça doit remonter à plus de quinze ans ? »

Elles consultaient plutôt en urgence (13) et pour des pathologies aiguës bénignes (43). Elles avaient également recours à l'automédication. Leur recours semblait approprié (156, 157).

Entretien 6 :

« En général, j'attends ...deux, trois jours et si ça va pas mieux j'y vais ! Mais j'attends toujours 48h. J'essaye entre guillemets « l'automédication ». »

Entretien 9 :

« J'y vais dans l'urgence, je vais tout le temps dans l'urgence en fait. »

Sur les questions de prévention, c'est surtout le tabagisme qui était abordé par le MG, les dépistages organisés ou orientés étant, selon plusieurs patients, peu évoqués en consultation (159, 268).

Entretien 6 : (A propos de dépistage sérologique)

« Jamais de prévention, il m'en fait jamais ! Jamais, jamais, jamais ! Oh grand jamais. »

L'autre partie était des personnes souvent plus âgées ou souffrant de pathologies chroniques. Elles voyaient régulièrement le MG du fait du renouvellement du traitement (47,279) mais certaines d'entre elles disaient consulter plus rapidement en cas de symptômes depuis qu'ils avaient ce suivi régulier (133).

Entretien 1 :

« Parce qu'avant je prenais Subutex® et puis tout donc j'allais voir le docteur. »

Entretien 2:

« Si j'ai un problème, ouais je vais directement voir un médecin, parce que je sais pas exactement ce que je peux avoir »

Le fait de consulter directement aux urgences avaient été évoqué dans un contexte de rupture de droit (60).

Entretien 1 :

« P1 : En plus j'avais des problèmes de carte donc ... J'en avais plus (...).

NB : Comment vous faisiez alors quand vous étiez malade ?

P1 : Heu je faisais rien...ou j'allais à l'hôpital... directement. »

Trois personnes considéraient le MG comme «interchangeable» (78) et pratiquaient un certain nomadisme médical (71).

Entretien 3:

« Non, non j'ai changé comme j'ai changé de... logement, de quartier et tout ça. Donc j'ai changé à chaque fois de médecin traitant. »

Entretien 4 :

« J'ai changé de docteur, pas tout le temps le même docteur. J'ai changé de docteur, pour les enfants, pour nous, les docteurs de famille. Parfois j'ai changé »

Une personne avait été soignée par homéopathie pendant l'enfance (201) et était sensible aux méthodes naturelles (205). Elle s'orientait vers différents intervenants selon ses problèmes de santé (203).

Entretien 9 :

« Mais moi je suis soigné par homéopathie depuis que je suis né quoi. Depuis que j'ai deux ans. Ils ont fait le choix de nous soigner par homéopathie. »

« On va pas voir un docteur pour des soucis de dos, quoi ! Je vais voir un ostéo. (...) Un ostéo peut m'aider mais un médecin il pourra pas »

C. Accès aux soins

Les interviewés décrivaient une bonne accessibilité aux soins primaires (166), aux examens complémentaires (48), aux paramédicaux (331) et aux spécialistes (114) plutôt hospitaliers. Concernant les soins hospitaliers, ils ont recours sans difficulté aux services d'urgence (13), aux soins et aux services hospitaliers (49) ainsi qu'aux hôpitaux universitaires (50).

Entretien 2 :

« Je suis allé aux urgences pour voir euh ... ce qui se passait. Donc on fait des examens et tout. Donc j'ai été au CHR, au service (...) Et là c'était dans le service des maladies rares »

Entretien 6 :

« Points de suture, IRM, EEG, ECG, enfin tout quoi ! Radio, la totale ! Et y'a eu aucune différence ! Enfin on l'a amené a Salengro et y'a eu aucune différence... entre quelqu'un qui aurait pas de CMU ou CMUc et puis nous, quoi. »

Une personne consultait en ostéopathie malgré le reste à charge (204).

Entretien 9 :

« L'ostéo, moi j'en ai trouvé un là, c'est pris en charge, avec la CMU je dois payer 10 euros en plus. »

Les difficultés rapportées concernaient l'optique (115) et les soins dentaires (230).

Entretien 4 :

« Oui pour les lunettes. J'allais à la pharmacie pour... avec le papier, de l'ordonnance pour chercher des lunettes mais ça marche pas avec ça, elle m'a expliqué, (...), y'a pas de remboursé, pas remboursé et ça fait juste pour les médicaments, pour quelque chose, c'est remboursé mais les lunettes non.»

Entretien 9 :

« Surtout les dents, les yeux, les trucs comme ça... C'est des soucis que une fois que t'es dans une situation précaire ben t'oublies quoi. »

D. Le patient dans son parcours de soins

Les personnes interrogées se sont exprimées sur leur place dans le soin. Nous avons repéré des éléments facilitateurs comme la connaissance des droits liés à la couverture maladie (33), la connaissance du système de soin (165) et la pratique de la langue du pays pour les étrangers (116).

Entretien 4 :

« Je donner ça (me montre la carte d'AME) ça fait pour la pharmacie aussi. Et après pour aller à la pharmacie pour aller chercher les médicaments. Ça fait papier ça, papier ça, je paie pas. »

Certains soulignaient l'importance d'un patient acteur de son soin (56, 350) mais aussi discipliné et obéissant (187).

Entretien 7 :

« Je sais que la maladie existe, je vis avec, mais je prends les médicaments, j'évite l'alcool, j'évite ce qu'on me dit là, beaucoup du sel, beaucoup de sucre, un peu d'exercice, marcher à pied (...) Là vous aidez aussi le médecin et vous aidez aussi vous-même. La patiente aussi doit être compréhensive, obéir aux indications. »

Certains patients connaissaient bien leur pathologie (145) et leur traitement (163).

Entretien 6 :

« Pareil les « excès de colère pouvant aller jusqu'à la rage », je les maîtrise. Les « tentatives de suicides sur un laps de temps réduit », c'est ce qui l'a amené à poser le diagnostic, en plus des facilités à tomber addict, la psychorigidité, problèmes avec l'intimité, problèmes interrelationnels. »

Entretien 7 :

« C'est pour l'hypertension que je prends le médicament chaque jour. Non tous les jours, y'en a un comprimé d'amlodipine, j'ai un comprimé de...de... J'ai l'ordonnance sinon. Et puis Aspégic[®], un sachet à midi après le repas. Oui plus un comprimé de Névo... Névo... Névostatine? Pour le cholestérol. »

Un autre interviewé revendiquait le fait d'être maître de son soin et de décider de l'arrêt ou de la poursuite du traitement. Il s'informait de lui-même sur internet (328, 332, 339).

Entretien 13 : (évoquant l'arrêt d'anxiolytique)

« Je l'ai arrêté volontairement il y a une semaine... Mais je l'ai arrêté sec ! (...) Par internet via une de mes boîtes, je prenais contact en fait et puis on se donne mutuellement des conseils en fait. Et pis un mec, y m'avait dit « Ecoute, moi j'ai tenté, mais pas sûr que t'y arrives ! Ça va être très chaud, tu vas avoir des crises d'angoisse... »

Deux hommes expliquaient qu'ils avaient été sensibilisés par leurs parents à l'importance de la santé dans leur enfance (211). Un troisième insistait sur le fait d'être à l'écoute de son corps (343).

Entretien 9 :

« Ben tout petit, j'ai appris à me soigner par moi même déjà. Parce que l'homéopathie, t'as un livre (...) ben ma mère, elle nous disait, va voir dans le livre, va voir dans le livre les granules qu'il y a besoin. (...) C'est ma mère qui m'a expliqué qu'il valait mieux raconter les choses, les trucs, les... tous les passages de la vie où j'ai pu avoir des contrariétés, des soucis, des moments de faiblesse, tu vois. »

Entretien 11 :

« Moi mes parents, ils m'ont toujours appris à faire attention à la santé »

Entretien 13 :

« Maintenant si je prends les antidouleurs, je vais plus avoir de douleur, je vais plus savoir d'où provient cette douleur, est ce qu'elle vient de mon bras, est ce qu'elle vient des cervicales, est ce qu'elle vient de... J'ai besoin de savoir où j'en suis plus ou moins. »

E. Le « non soin »

1. Description

Des périodes de « non soin » revenaient fréquemment dans les parcours de soins évoqués. Nous avons essayé de les décrire.

- Le « **non soin** » (7) : « je ne me soigne pas »

Entretien 1 :

« Ben si avant que je vienne ici, j'en avais des problèmes...mais j'avais pas de médicaments (...)

NB : Comment vous faisiez alors quand vous étiez malade ?

P1 : Heu je faisais rien...ou j'allais à l'hôpital... directement. »

Entretien 9 :

« Non maintenant je me soigne plus ! »

- **L'abandon/ le refus de soin** : « je sais que je dois me soigner mais j'arrête de moi même au processus thérapeutique » (39)

Entretien 2:

« J'ai eu un traitement pour ça, c'est Subutex[®] et ben petit à petit ben on a diminué, et puis j'en avais tellement marre, des fois je suis une tête de mule, j'en avais marre que je l'ai arrêté (...), normalement je sais je devrais pas le faire mais je l'ai arrêté par moi-même. »

Entretien 9 :

« Et au niveau de la prévention parce que j'ai pas envie d'y aller ! »

- **Le renoncement aux soins** (82) : « je sais que je dois me soigner mais des raisons extérieures m'empêchent de le faire ». Cela avait notamment été évoqué par deux patients en rupture de suivi psychiatrique (148).

Entretien 3 :

« Je devais aller en début de semaine à la CMP pour me présenter devant un psychiatre. Et... J'ai pas été.

NB : A cause de quoi ?

P3 : Je sais pas. Ben j'ai des problèmes avec ma curatelle euh...(...) Donc ça m'embêtait que j'avais pas d'argent. Donc c'est ça. »

Entretien 6 :

« NB : Et euh...là vous avez encore un suivi par le CMP ?

P6 : Non j'ai laissé ça pour l'instant, avec la situation qui est la nôtre... »

- **Le retard aux soins** (42) : « je sais que je dois me soigner mais je diffère le processus thérapeutique »

Entretien 2 :

« Je disais "ah ça attendra demain, ça attendra demain" quand j'avais un souci. J'ai toujours repoussé »

Nous avons identifié plusieurs causes pouvant expliquer ce « non soin » : des causes liées au contexte de vie, indépendantes de l'activité de soin et des causes directement liées au soin.

2. Des causes indépendantes du soin.

La rupture du suivi médical liée aux déménagements (164) ou le fait que les interviewés étaient préoccupés par d'autres problèmes que la santé (83) influencent directement sur le parcours de soins.

Entretien 6 : (évoquant son suivi psychiatrique au CMP)

« Tous les jours on se demande si on va pouvoir dormir au chaud. (...) J'ai clairement pas le temps à mon goût de faire ce suivi là. »

Pour les patients étrangers, la barrière de la langue (106) restait un obstacle. Enfin certaines personnes témoignaient également d'une honte de leur logement ou

de leur situation (53, 111) qui avait pu avoir un impact sur les soins, comme l'homme qui refusait les soins à domicile par honte de son logement insalubre.

3. Des causes en lien avec l'activité de soin

a) Liées au système de santé

Des personnes manquaient d'information sur l'offre de soin (24) et semblaient parfois avoir du mal à s'orienter dans le système de soin.

Pour certaines dépenses de santé, le frein financier était encore bien présent (41), surtout en cas de reste à charge du patient (206) ou d'absence de mutuelle (191).

Entretien 4 :

« Parce que ça fait un peu cher pour acheter...des lunettes. J'ai allé voir le prix mais ouh c'est trop cher (rires). »

Par ailleurs, parmi une population qui pouvait vraisemblablement prétendre à une couverture maladie, on constatait des épisodes de rupture ou de non recours aux droits (12, 286).

Entretien 1 :

« Et pis (hum) en plus j'avais des problèmes de carte donc ... J'en avais plus. »

Enfin des interviewés soulignaient l'effet de seuil lié au plafond d'attribution de la CMUc (238).

Entretien 9 :

« Même en travaillant, je gagnais pas assez pour me soigner les dents, quoi. Même avec une mutuelle qui me coûtait cher, pas moyen de me soigner les dents. »

b) Liées au rapport à la santé et aux soins

Nous avons également identifié chez certaines personnes des obstacles en terme d'éducation à la santé comme de fausses croyances et une méconnaissance de certains risques (147, 160).

Entretien 6 :

« Tout ce qui est hépatites, VIH, voilà quoi... Puis à partir du moment où je sais que je suis sérieuse, où je change pas de partenaire, que les toilettes je fais attention, je désinfecte les mains, je suis un peu parano. Même mes fesses, je les pose pas sur la cuvette ou alors je mets du papier partout ! C'est peut être une idée reçue mais psychologiquement, ça me rassure. »

Par ailleurs, les personnes interrogées sont revenues sur le fait que la consultation pouvait être anxiogène (180) et que le premier pas était parfois difficile à faire (280) conduisant certains à pratiquer la « politique de l'autruche » (215).

Entretien 9 :

« C'est le genre de test qui font toujours un peu flipper quand même, tu te dis j'ai pas envie d'aller les faire si c'est pour apprendre que j'ai une saloperie »

Entretien 12 :

« Parce que je m'attends à ce qu'il me diagnostique encore quelque chose d'autre. (...) Bientôt je vais retourner une semaine, il va me mettre le cancer tu vas voir... »

c) Liées à la relation médecin/patient

Dans le champ de l'éducation thérapeutique, nous avons relevé des freins tels que la difficulté d'observance parfois liée à une mauvaise tolérance du traitement ou à un déni de la maladie (28, 36, 357).

Entretien 2 :

« J'ai dit au médecin « maintenant vous êtes d'accord ou pas mais moi je peux plus » Ah ouais trop contraignant tout le temps... »

Entretien 6 :

« Je l'ai testé pendant... cinq semaines et demi et c'était vraiment pas bon ! Même mes proches, ils me le disaient euh « Je te reconnais pas, c'est pas toi ! (...) Du coup j'ai arrêté l'Abilify®. »

Plusieurs personnes avaient mis fin au projet thérapeutique parce qu'en désaccord avec le médecin (40, 333). Certaines se plaignaient d'un discours inapproprié et d'un manque d'information sur leur maladie (51,52).

Entretien 2 :

« Mais moi j'en sais toujours pas plus par rapport à ma maladie : « le pied de Charcot » (...), comme si ils m'expliquaient dans leur jargon à eux ! Moi je disais ben je préfère que vous simplifiez, que je comprenne vraiment ce que j'ai au pied. »

Entretien 12 :

« Il savait pas quoi me répondre quand je lui posais des questions sur la maladie, je lui fais mais t'es médecin, t'es spécialiste, tu sais ce que tu dis ou tu sais pas ce que tu dis ? »

Concernant la relation elle-même, plusieurs personnes témoignaient d'une mauvaise expérience avec le corps médical (235) conduisant à une certaine méfiance, lassitude, voir un conflit avec le corps médical (304,310, 315, 318).

Entretien 12 :

« J'ai une certaine appréhension avec certaines personnes du corps médical. »

Les personnes interrogées avaient vécu des épisodes de culpabilisation, d'errance ou d'erreur diagnostique (236, 242, 314) parfois liés à des défauts de coordination ou des désaccords entre praticiens, ce qui les avaient laissé dans le doute (303, 305). Deux hommes rendaient le corps médical responsable de leur état du fait d'un retard diagnostique et de séquelles d'intervention chirurgicale (313).

Entretien 12 :

« Il m'a diagnostiqué le bazar, il m'a dit "nan c'est une autre maladie, rien de grave, tu n'as pas à t'en faire, t'as pas de consultation à avoir" et puis y'a 3 ans de ça, bah il s'est trompé complètement parce que j'ai une maladie grave. »

Enfin des interviewés évoquaient la peur du jugement et du refus de soins par le MG (97,98). Un homme souffrant d'une pathologie psychiatrique avait déjà été victime de refus de la part de généralistes (99).

Entretien 3 :

« Ah ça s'est mal passé. Ça les embêtait de... s'occuper de quelqu'un de schizophrène. »

Entretien 7 :

« Y'a des choses qu'on ne peut pas dire comme ça, des choses qu'il peut cacher, de peur que peut être on va se moquer de lui »

Un autre mentionnait spontanément son statut CMU aux soignants pour éviter tout refus ou mauvais accueil (232). Pour cet homme, existait d'ailleurs la crainte d'être moins bien soigné en tant que bénéficiaire de la CMU (231).

Entretien 9 :

« Je voulais pas me retrouver chez quelqu'un que ça emmerde et qu'il me le dise pas. Tu vois, je préfère qu'on me le dise et que j'aille pas chez c'te personne plutôt qu'on me le dise pas et qu'on me considère mal, quoi, parce que je suis bénéficiaire de la CMU, quoi. (...) Je demandais avant s'il acceptait quoi. Si ça allait pas me poser problème et j'allais être soigné correctement, comme tout le monde. »

V. LE MEDECIN GENERALISTE

A. Choix du MG

Un critère important dans le choix du MG était la proximité géographique du cabinet (46).

Entretien 2 :

« Le docteur R, je l'avais plus ou moins perdu de vue, ça faisait trop loin pour moi marcher donc j'allais voir le Dr C. »

Entretien 3 :

« Par rapport au quartier. Ça fera moins loin, parce que je vais pas... si admettons j'habite à La Madeleine, je vais pas venir jusqu'à Lille chez le médecin. »

Plusieurs personnes choisissaient leur MG sur les conseils de personnes de confiance : la famille (198), l'entourage, parfois les référents sociaux ou associatifs (102).

Entretien 3 : (parlant du CHRS)

« C'est qu'ici on m'a conseillé. »

Entretien 8 :

« Ben, c'est un médecin à un de mes cousins. »

Certains ont souligné l'importance du premier contact (95), déterminant pour la poursuite de la prise en charge.

Entretien 3 :

« NB : Et comment vous choisissez votre docteur alors ?

P3 : Oh généraliste ! ... Le premier abord, si ça me plaît pas, je reviens pas. »

Entretien 9 :

« Tu l'entends tout de suite par rapport à la voix de la personne au téléphone. Tu vois dès que tu poses la question, tu l'entends direct, la façon dont elle répond, les mots qu'ils vont utiliser... Tu sais tout de suite si la personne, elle a aucun a priori ou si elle a quelques a priori ou si carrément ça va de soi. Ça se sent vite ça ! »

Des personnes avaient changé de médecin traitant n'étant pas satisfaites de sa prise en charge (306, 337). Elles avaient alors choisi un MG selon les avis sur ses compétences thérapeutiques (132).

Entretien 13 :

« Ça fait que 2 mois que j'ai changé, comme il était anti-médicament, je suis allé voir avant justement de ... »

B. Organisation de l'offre de soins primaires

Les personnes interrogées étaient dans l'ensemble satisfaites et s'adaptaient à l'organisation du cabinet qu'elles fréquentaient (100, 195). La plupart consultaient sur rendez-vous (101) afin d'éviter l'attente (312).

Entretien 8 :

« Je prends souvent les rendez-vous et...il est toujours à l'heure. (...) C'est très bien organisé, c'est justement pour ça, je suis encore avec lui. »

Des personnes d'origine étrangère, maîtrisant mal la langue, s'organisaient pour aller directement au cabinet prendre le rendez-vous (100)

Entretien 4 :

« Je fais un rendez-vous...pour voir le docteur. Comme ça je fais. Je aller directement aussi... chercher un rendez-vous pour le docteur.»

Deux personnes préféraient les consultations libres, malgré la longue attente car elles avaient du mal à avoir des rendez-vous rapidement (250, 251, 252, 291). L'organisation du cabinet n'était pas clairement mentionnée comme un critère de choix du MG.

Une personne, venant d'arriver dans la région, n'avait aucune expérience de la médecine libérale (177). Elle avait uniquement consulté en centre de santé en région parisienne avec des MG exerçant comme salariés (171, 172). Elle y avait apprécié la centralisation des activités de soins et le travail conjoint avec les associatifs (173,174).

Entretien 7 :

« Je suis allée dans un centre communal à la Courneuve à Paris (...) les médecins sont là et des infirmiers et tous les services.(...) Si y'a des examens, vous partez vous enregistrer à l'infirmerie, pour revenir pour les examens, les prises de sang, vous revenez le lendemain pour la prise de sang.»

C. Compétences et rôles du MG

1. Un rôle central dans le parcours de soins

Pour la plupart, le médecin traitant avait un rôle prépondérant dans le parcours de soins. Beaucoup soulignaient l'importance d'avoir un seul MG référent (62,175) qui centralisait le dossier médical (17,170).

Entretien 1 :

« Elle connaissait bien mon traitement, elle connaissait bien tout, elle savait ce que j'avais. »

Entretien 2 :

« Je préfère, que ce soit quelqu'un... pour pas devoir toujours répéter la même chose (...) C'est pour ça c'est mieux de voir qu'une personne. »

Entretien 7 :

« Le généraliste est là, toutes les résultats reviennent, maintenant vous pouvez retirer mais on lui communique tous les résultats donc vous êtes suivi par lui, vous avez tout un dossier. (...) Je trouve qu'il faut que l'on soit suivi par un seul médecin. C'est bien. »

Il coordonnait les soins en orientant vers les spécialistes de ville ou l'hôpital quand cela était nécessaire (59, 167,169). Il organisait la continuité des soins (61).

Entretien 2 :

« J'allais voir le Dr C. C'est elle qui m'a dit « Non, non Mr P., faut aller directement aux urgences, là y'a un truc qui va pas (...) Quand il était en congé j'allais voir quelqu'un d'autre. Mais ils étaient tous au courant de ma situation, que c'était pour le Subutex[®], pour l'hépatite... »

Entretien 7 :

« Je voyais le généraliste et il m'a orienté vers ...(cherche). Il m'a orienté vers plusieurs médecins quoi ! Vers le gynécologue, vers le médecin qui s'occupe du cœur ? (...) Mais si y'a urgence et que lui n'est pas de service, alors là vous voyez n'importe quel médecin. Parce que là y'a une urgence, on peut pas l'attendre. »

2. Des compétences biomédicales...

Sa compétence médicale particulière (132) reposait sur un interrogatoire poussé et un examen physique scrupuleux (75,76). Les patients appréciaient que leur médecin aille au fond des choses et n'hésite pas à prescrire des examens complémentaires lorsqu'il le jugeait nécessaire (248, 249).

Entretien 3 :

« Il prend mon pouls, mes battements de cœur et puis après il me prescrit ... mon ordonnance. »

Entretien 10 :

« Il vous pose des questions simples, il essaye de vraiment comprendre... C'est pas « Hop, t'as mal à la tête, je te donne un médicament ». Non c'est savoir le temps, les douleurs, les années que ça a passé, le temps que ça dure cette douleur, dans la journée, si c'est le soir, si c'est la nuit ? Il essaie vraiment de savoir les douleurs, si ça vient d'un souci... s'il peut y avoir un blocage. »

Le MG pouvait exercer de la petite chirurgie (295) ou des activités de prévention (168, 268). Il avait également un rôle d'éducation thérapeutique (281).

Entretien 7 :

« Et il m'a orienté aussi pour faire le dépistage du cancer du sein, donc la mammographie. »

Entretien 10 :

« Quelque fois c'est pour ça, j'aime bien, j'adore parce que il m'fait comprendre l'état des choses si je fais pas ci, je fais pas ça, avec les médicaments »

La consultation aboutissait généralement à la délivrance d'une ordonnance même si plusieurs patients soulignaient que ça n'était pas le plus important (77, 277).

Entretien 10 :

« Voilà un docteur, il vous fait une prescription « T'as ça, t'as ça » Et hop au suivant ! »

Entretien 11 :

« Il allait pas prendre la première solution, il allait quand même essayer de chercher à côté pour voir si c'était pas autre chose quoi. (...) Un médecin, il doit faire un minimum quoi, ausculter quand même pour voir où on a mal, par exemple quand on vient pour un mal à la gorge, il faut qu'il regarde la gorge quoi, là non je sais pas. »

3. ... et une approche englobant le psycho-social.

Selon les interviewés, le MG avait généralement une connaissance de l'entourage et de l'environnement (57, 297) qui devait lui permettre une approche plus globale des problèmes de santé (131).

Entretien 2 :

« Mais voilà ...parce qu'il connaît très bien mon dossier, le parcours que j'ai eu au niveau tout... l'hépatite, du Sub', tout ! (...) Si je vais pas bien je sais que je peux aller le voir vu qu'il connaît tous mes problèmes, on va dire. »

Entretien 6 :

« Il me connaît, il connaît toute la situation. »

Dans ce contexte, le MG était parfois amené à jouer un rôle autre que médical pour certains patients comme le repérage d'une situation sociale difficile (68). Il servait parfois d'intermédiaire avec les institutions auprès desquelles il pouvait aider les patients à faire valoir leurs droits (325, 326).

Entretien 2 :

« Ils sont là pour aider, ils sont là pour aider. Franchement, si y avait pas tous les médecins, infirmiers, j'aurais pu finir sdf. »

Entretien 12 :

« Et bizarrement, depuis que je lui en ai parlé, les choses y bougent mieux...J'avais pas de nouvelles de la MDPH, j'avais rien, et là comme par hasard, 2-3 jours après que je lui ai dit, j'avais des nouvelles. »

Il pouvait également jouer un rôle du psychothérapeute (273), une patiente soulignant que le MG était plus accessible qu'un psychiatre (272, 274).

Entretien 10 :

« Mais je sais que quand je ressorts, ça m'a apporté un petit quelque chose ! Comme si j'allais voir un psy, on va dire. »

Néanmoins certains interviewés soulignaient les limites des compétences du MG et ne considéraient pas, à première vue, qu'il puisse avoir un rôle social à jouer (219, 324).

Entretien 9 :

« Donc je pense pas qu'un médecin puisse m'aider à ce niveau là, quoi. »

Entretien 12 :

« C'est pas forcément de son ressort d'après moi... C'est pas forcément de son ressort donc euh...après peut être que si je lui en parle, il pourra en parler à d'autres personnes qui ensuite... Peut être pour en parler à d'autres personnes mieux placées que lui. »

D. La relation soignant/soigné vues par les patients.

1. Qualités attendues

En dehors de la compétence scientifique, les patients appréciaient chez leur MG ses compétences humaines telles que la disponibilité, l'humanité, l'empathie, la compassion (135, 137, 182, 183) mais également sa gentillesse, sa bonne humeur ou sa patience (14,186, 196).

Entretien 3 :

« Qu'il ait un bon caractère ! »

Entretien 7 :

« De faire comme si lui aussi il est malade donc ... , c'est faire comme si lui aussi en tant qu'humain, il peut tomber malade ! »

Entretien 10 :

« Et puis de temps en temps, je rigole avec lui, je fais quelques blagues »

Beaucoup d'entre eux insistaient sur l'importance des qualités de communication et d'écoute (136,181) et du non-verbal (293).

Entretien 8 :

« Parce que...il est à l'écoute, il est patient et... c'est tout ce qu'on demande déjà ! Que le médecin, il soit à l'écoute. Franchement, il est bien, c'est un médecin... qui est à l'écoute, comme je vous ai dit, qui est patient. Qui prend le temps de consulter. »

Entretien 10 :

« La façon qu'il parle, sa gentillesse, son savoir en lui de parler sans questionner trop les gens et comment qu'on dit ? Savoir comment que la personne elle se ressent. »

Entretien 11 :

« On peut parler plus facilement qu'avec d'autres. Des médecins, on le voit, ils ont le visage un peu fermé, ils ont l'air un peu agressif »

Les personnes interrogées soulignaient le besoin d'explication, de comprendre leur maladie et attendaient des MG de la pédagogie (197).

Entretien 8 :

« Lui il prend le temps, de vous consulter, de vous dire ce qui en est, ce qui en est pas. Et puis voilà ! »

Enfin les interviewés rappelaient que ces compétences étaient des obligations déontologiques et nécessitaient la formation des jeunes médecins (184,185).

Entretien 7 :

« Je crois que vous étudiez ça à l'école, y'a une déontologie que vous suivez ! »

Entretien 9 :

« Je pense que les médecins de maintenant, qui sortent d'école maintenant, ils doivent avoir plus de ... enfin j'espère, je pense qu'ils ont plus de ... capacité de communication, d'écoute, de pédagogie, que les médecins d'avant, quoi. Je pense. »

2. Relation soignant/soigné

Selon les personnes interrogées, le cadre de cette relation reposait avant tout sur la confiance et le secret médical (29, 271). Le MG devait faire preuve de tact et savoir mettre à l'aise le patient (271, 292).

Entretien 7 :

« D'abord c'est l'accueil, si on est bien accueilli, le patient ne sera pas traumatisé, il va expliquer son problème à fond. Mais s'il est traumatisé, y'a des choses qu'on ne peut pas dire comme ça, des choses qu'il peut cacher. (...) Il doit être à l'écoute, avoir une bonne manière de questionner son patient et sa patiente. »

Entretien 9 :

« Je pense qu'il manquait de tact, tu vois. Quand t'es face à quelqu'un qui ... Ben t'essayes de savoir qui t'as en face de toi et de quelle manière dire les choses pour pas heurter la personne, quoi. »

Entretien 10 :

« On sait que ça ira pas ailleurs, ça sera pas répété. Ça fait beaucoup aussi. »

Ils attendaient du MG de l'honnêteté, de la franchise (338, 342), qu'il leur témoigne du respect (199, 229). Surtout, qu'il ne fasse pas de différence par rapport aux autres patients (81).

Entretien 6 :

« Quand je vais voir mon médecin, y'a jamais de problème, il fait pas de différence entre moi et quelqu'un qui va payer sa consultation 23 euros et remboursé après. »

Entretien 8 :

« C'est pas ça, son problème. Tu viens t'es bien reçu ... , voilà ! Lui, il regarde pas si t'es CMU ou... »

Certains déclaraient avoir besoin d'un cadre médical (81) et n'appréciaient pas l'attitude trop laxiste de certains MG (127).

Entretien 6 :

« Limite c'était comme si il allait dans une...dans une... boulangerie, demander un paquet de bonbons : il donne à la fraise, « Non, je veux à la menthe... - Ben prends la menthe avec ! » C'était un peu ça, quoi ! (...) Vous auriez besoin de... Doliprane® ! Vous lui dites, ben le médecin, il va vous donner du Doliprane® sans poser de question. »

La qualité de cette relation pouvait lui conférer un effet thérapeutique (269). Il était fondamental que le MG tienne compte de la souffrance morale des patients (178) et puisse selon le cas leur donner de l'espoir, du courage, les rassurer, les soutenir, les revaloriser (179, 254, 256, 261).

Entretien 7 :

« L'accueil c'est très important parce que une personne qui souffre, elle souffre peut être physiquement mais moralement aussi, il est atteint. (...) Aussi il vient, il est bien accueilli, ça diminue aussi la douleur (...) Mais le médecin essaie de faire quelque chose de donner à son patient la confiance de marcher sur la maladie, d'être au dessus de la maladie ! »

Entretien 10 :

« Ça fait du bien aussi d'aller le voir de temps en temps, même que je suis malade. Une 'tite blague comme ça de temps en temps. (...) Il me disait « Faut sortir, faut faire ça ... » Il essayait de... Ben après bon, tu prends des conseils, tu te mets dans la tête, tu sors une heure. Et ça aide énormément de ... ! On a quelqu'un qui nous pousse un petit peu, vous voyez ? »

En contrepartie, certaines personnes « obéissaient » pour « faire plaisir au Docteur » ou essayer de ne pas le déranger inutilement (284, 359).

Entretien 7 :

« La patiente aussi doit être compréhensive, obéir aux indications. »

Entretien 14 :

« Je vais pas le voir pour des inutilités, pour des dépenses inutiles. »

3. Représentations du MG

On observait plusieurs types de relation MG/malade. Certains n'attendaient rien de particulier du MG, n'avait pas de relation particulière avec lui et le considérait comme interchangeable (78, 96). Ses compétences étaient selon eux limitées (219).

Entretien 3 :

« NB : Vous attendez quoi de lui ? »

P3 : Ben rien (rires) »

Entretien 9 :

« Pour moi un médecin tu vas le voir parce que tu as un souci de santé, petit ou gros et puis une fois qu'il est réglé, il est réglé ! Tu vas pas retourner voir le médecin pour dire... (...) Tu vois genre... un rhume, une grippe, tu vois ça me dérange pas de pas avoir un médecin fixe pour les soucis de santé courant, quoi. »

D'autres personnes relataient des mauvaises expériences avec le corps médical (235, 310), comme le cas du jeune homme atteint de myopathie qui disait avoir mis une étiquette sur les médecins en général (311). Il déplorait leur manque de communication et les désaccords qu'il y avait pu avoir entre eux. Il avait déjà ressenti un désintérêt de la part de certains médecins et n'avait plus confiance en le corps médical (298, 315).

Entretien 12 :

« J'osais plus rentrer dans un cabinet de médecin, c'était plus fort que moi. (...) Après voilà, vous êtes étudiante en médecine, vous êtes pas forcément tous comme ça nan mais la plupart c'est comme ça... j'ai j'ai mis, il y a certains médecins sur qui j'ai mis une étiquette et ça, ça changera pas... (...) Façon, y en voit tellement tous les jours des myopathies qu'à force il doit en avoir marre aussi... »

Cependant, la plupart des personnes interrogées avaient une vision positive de leur MG.

Entretien 1 :

« NB : Vous aviez votre docteur ? »

P1 : Oui, oui. Madame euh... A.A. qui ... , qui, qu'était gentille. Et... c'était bien. »

Entretien 5 :

« Non. C'est très bien les docteurs en France ! »

La connaissance qu'il avait de la personne et de son entourage, parfois de ses conditions de vie en faisait « le médecin de famille » (104).

Entretien 6 :

« Enfin comme c'était le médecin de famille... (...) Il suivait ma mère, il suivait ma sœur, il suit ma nièce, il me suit moi. »

Entretien 9 :

« Le médecin traitant que j'avais quand j'étais petit, A.I., qui était au courant de nos vies ben parce que... parce que c'était un docteur un peu à l'ancienne aussi, tu vois ? C'est ... un docteur qui s'immisce ... pas qui s'immisce mais qui connaît vraiment bien ses patients, tu vois ? »

Pour certains, plutôt les patients étrangers, le MG avait une sorte de pouvoir médical (107) et il représentait une autorité auquel on s'en remettait.

Entretien 4 :

« C'est comme : une personne c'est malade, elle aller au docteur, et elle fait quelque chose (rires). Le docteur va pouvoir faire quelque chose. »

Entretien 7 :

« Le médecin va apporter une solution à sa maladie et guérir...Donc le sauver mais guérir, quoi, guérir ! »

Beaucoup témoignaient d'un attachement fort à leur MG de par la longévité du suivi et le fait qu'il les avait parfois accompagnés dans des événements de vie difficiles (45, 296). Pour certains, il était même devenu un confident (165).

Entretien 2:

« La personne qui m'a euh... ben qui m'a aidé pour arrêter les drogues, c'est le Dr R. »

Entretien 7 :

« Le médecin est là, c'est comme une confession ! (...) à force de recevoir une personne, un mois après, deux mois après on finit par se familiariser. "Je connais la dame, je l'ai suivie" »

Entretien 10 :

« Un docteur, c'est pas un simple docteur quelques fois. Ça peut être tout, notre confident ... , comme un ami ! »

Cette dernière patiente se disait prête à faire des kilomètres pour garder son médecin.

Entretien 10 :

« Et puis je le changerai pas, faudrait vraiment... J'arrive quelque part, un déménagement à 1000 km, je le garde ! »

E. Le MG et les déterminants sociaux de la santé

Nous avons interrogé les personnes sur la connaissance que leur médecin traitant pouvait avoir de leurs conditions de vie.

1. Expérience en médecine générale

Les personnes interviewées avaient expérimenté diverses attitudes de la part des médecins généralistes. Certains MG ne prêtaient pas spécialement attention aux conditions de vie (23, 27) alors que d'autres connaissaient l'environnement de leurs patients et adaptaient leur prise en charge (58, 57, 113).

Entretien 1 :

« Non, non pis elle posait pas beaucoup de questions, hein. Elle demandait si ça allait, c'est tout... Elle... posait pas de questions. »

Entretien 9 :

« Non, dans la médecine générale, on m'a jamais posé des questions comme ça »

Entretien 8 :

« Des fois, il me pose la question, effectivement ! »

Entretien 10 :

« Quelques fois il cherche à essayer de ... de savoir un petit peu mais je bloque, je veux pas étaler ma vie donc euh... »

Quelques patients avaient été orientés et consultaient chez des MG sensibilisés à la précarité (80).

Entretien 3 :

« Comme il reçoit pas mal de résident, donc il connaît un peu... »

2. Point de vue des patients.

Si la plupart reconnaissaient que leurs conditions de vie pouvaient retentir sur leur santé, les avis étaient partagés quant à l'idée d'en discuter avec le MG.

Certains exprimaient une pudeur sur leur vie privée (30) voir une honte de leur situation (111) et ne parlaient pas spontanément de leur conditions de vie (26).

Entretien 1 :

« Non, j’ parle pas beaucoup (hum)... enfin j’ dis rien de ma vie comme ça. Parle pas beaucoup de ma vie. »

Entretien 8 :

« Non ça n’a rien à voir avec le cas de la maladie. Donc ça, c’est mes problèmes personnels, je vais pas lui expliquer mes problèmes personnels. »

Entretien 10 :

« Ah je parle pas de tous mes soucis, c’est pas mon confident non plus, j’essaie de dire certaines choses ... mais non. Non. A personne, j’en parle. »

A l’exception d’un homme, la plupart des personnes considéraient pourtant que ces informations étaient utiles à la prise en charge médicale (86, 276).

Entretien 10 :

« Je vais pas dire qu’il va rentrer dans les confidences ça serait ... peut être ça peut aider les gens aussi de pouvoir parler. Le docteur, il comprendrait peut être mieux les choses. »

Quelques uns des interviewés n’avaient aucun problème à évoquer ce sujet avec leur MG. Une personne annonçait spontanément son statut CMU (150, 232).

Entretien 6 :

« NB : C’est quelque chose dont vous parlez facilement avec lui ? Ou il vous pose la question ?

P6 : Ouais, ouais. Non, on en parle spontanément. »

Entretien 9 :

« Dès que j’ai commencé à avoir la CMU, je le disais... »

Cependant, pour la plupart, le sujet restait difficile à aborder et selon eux la question devait plutôt venir du médecin, au moment opportun. Les interviewés distinguaient alors deux types de curiosité. La curiosité du MG était justifiée quand ses questions étaient orientées par la plainte ou les signes du patient. Le MG était jugé intrusif lorsqu’il dépassait ce cadre ou le champ de ses compétences (31, 188).

Toutefois, les patients trouvaient dans l’ensemble normal que le MG s’intéresse plus largement à leurs vies, ils se réservaient simplement le droit de ne pas y répondre.

Entretien 7 :

« Il peut entrer en profondeur mais y'a des aspects qu'il peut évoquer, que vous pouvez évoquer avec lui, selon ta maladie, selon la maladie que tu as, peut être il peut être curieux de savoir comment est-ce que dans ta vie tu as eu ceci (...) Il peut poser des questions »

Entretien n°8 :

« Sauf si...il constate que je suis pas bien, il pose la question : « Vous êtes anxieuse, qu'est ce qu'il se passe ? » Des fois il me pose la question, effectivement ! Mais je vais pas lui dire parce que là c'est des problèmes personnels. Voilà, je vais pas entrer dans les détails, lui dire ce qui arrive dans ma vie. »

« Y'a certaines personnes qui n'arrivent pas à dire ce qui se passe dans leurs vies. Ils sont malades mais ils n'arrivent pas... Donc c'est à lui de voir que le patient n'est pas bien et il pose la question de savoir ce qu'il en est... A mon avis ! »

Quand le sujet était abordé, cela permettait parfois soulager la personne (270).

Entretien 10 :

« En parler à son docteur... Y'a tellement des choses qui ...des fois faut parler où une personne de confiance à parler, ça peut aider énormément avec un docteur.»

Dans tous les cas, les interviewés rappelaient que le patient restait maître des informations qu'il voulait bien délivrer (260).

Entretien 10 :

« Si on a envie de lui dire, NOUS, oui, pourquoi pas. (...) Après bon ben chacun est libre de dire ce qu'il a envie de dire. »

Entretien 13 :

« Ouais après y faut que la personne aussi, elle soit prête à en parler. »

DISCUSSION

Notre recherche avait pour but d'identifier la place que les patients précaires donnent au médecin généraliste dans leurs démarches de soins. Pour ce faire nous avons interrogé des patients sur le rôle du MG, sur les représentations qu'ils s'en faisaient et sur leurs parcours de soins.

L'originalité de cette étude est de donner la parole à une population peu représentée dans les travaux de recherche. De plus, elle fait partie d'un double travail réalisé de manière concomitante, s'intéressant à la fois aux patients et aux médecins généralistes.

I. METHODE

A. Choix de la population

La population en situation de précarité est difficile à définir de par son hétérogénéité.

Wresinski définit la précarité comme « **l'absence d'une ou plusieurs des sécurités**, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » (4). Ces « sécurités » sont des critères bien flous et difficilement quantifiables. Définir la population de l'étude a donc été une première difficulté de notre travail.

Les travaux étudiant la « population précaire » en médecine générale ciblent souvent les bénéficiaires de la CMU, de l'AME ou les consultants à la PASS. Pour notre étude, nous souhaitons avoir accès à une population la plus diverse possible sans nous limiter aux critères administratifs de la couverture maladie.

En l'absence de définition « statistique » du patient précaire, nous avons choisi une inclusion en fonction de la fréquentation de centres d'hébergement ou d'accueils de jour. Nous nous sommes adressées à ces établissements bien conscientes que ces lieux offraient l'accès à un type restreint de « population précaire » : essentiellement ceux qui présentaient des problèmes de logement. Ceci explique que dans notre échantillon, le champ du logement apparaisse comme la priorité. Cependant, le choix de ces lieux nous a permis l'accès à des personnes en difficulté sociale au sens large, sans qu'elles aient à se définir ainsi. Nous avons exclu d'emblée les lieux de soins pour éviter de limiter les différents parcours décrits.

Si nous avons conscience de ce premier biais dès le début de l'enquête, s'est ajouté le fait que certaines personnes interviewées m'ont été présentées par un personnel de la structure. Je n'ai donc pas toujours eu accès directement à la population. Il s'agit là d'un deuxième biais de sélection puisque, malgré les consignes, les personnes étaient potentiellement choisies, voir sensibilisées avant mon arrivée. Toutefois, le fait qu'un membre de la structure me présente a permis l'installation un climat propice à l'entretien.

Un point fort de l'étude est que la population interrogée présente des caractéristiques variées en terme d'âge, de sexe, de nationalité, de couverture maladie et de statut vis à vis du logement. Seul l'absence d'emploi est un dénominateur commun. Nous n'avons donc pas rencontré les « travailleurs pauvres » souvent évoqués dans les focus groups de médecins. Sans prétendre généraliser ces résultats à l'ensemble de la population dite « précaire », cette étude nous semble en mesure d'apporter des données pertinentes pour l'ensemble du continuum de la précarité.

En effet, si plusieurs travaux sont disponibles sur la grande précarité ou l'exclusion (SDF, migrants en situation irrégulière, etc.) (20)(21), les données sur la « frange supérieure » de la population précaire, c'est à dire les personnes juste au dessus des minima sociaux ou cumulant plusieurs facteurs de fragilité sont moins nombreuses. Ceci est probablement lié au fait que cette partie des « précaires » est encore plus difficile à définir.

B. Choix de la méthode qualitative

La méthode qualitative nous a paru la plus appropriée pour explorer les représentations que ces patients ont du MG. Les résultats sont néanmoins à pondérer par certains aspects méthodologiques.

Un premier biais est l'inexpérience du chercheur puisqu'il s'agissait de mon premier travail en recherche qualitative. Il m'a parfois été difficile de trouver la bonne distance avec l'interviewé pour aborder des sujets sensibles, des situations difficiles dont certains avaient honte.

Un deuxième écueil était la langue. Les personnes d'origine étrangère ne maîtrisant pas toujours bien le français, cela a limité la discussion notamment dans le champ des représentations.

Certaines personnes interrogées souffraient de pathologies psychiatriques ou de probables troubles cognitifs, ce qui a également rendu l'abord et la discussion plus compliqués.

Enfin, si la méthode qualitative était appropriée pour répondre à nos interrogations en terme de représentations, il eût été intéressant de disposer de quelques données quantitatives sur la population de l'étude. N'ayant recueilli ces informations que de manière informelle (activité, profession, mode de revenu, durée du suivi actuel chez le médecin traitant, etc.), elles sont trop imprécises pour compléter la description des interviewés.

C. Analyse ou codage

Un point fort de notre l'étude est que l'analyse est basée sur un double codage, ce qui nous a permis de limiter le biais d'interprétation et renforce la validité des résultats.

Le codage a été réalisé de manière concomitante pour la deuxième série d'entretiens et les premiers focus groups de MG. Nous avons donc procédé à un codage en parallèle pour une partie des deux études.

Si l'analyse a été menée selon une approche réflexive de va et vient entre entretiens et codage, elle a été enrichie de l'apport de données provenant des focus groups de MG. Cela nous a permis une réflexion « en miroir » sur les réponses et les attentes des deux parties.

Cette approche n'a cependant pas pu être utilisée pour la première série d'entretiens, les focus groups ayant débuté secondairement.

II. RESULTATS

S'intéresser au rôle du MG et à sa place dans le parcours de soins des patients précaires avait pour objectif d'identifier les éléments facilitateurs et les freins de l'accès aux soins primaires pour cette population.

A. Le MG vu par les patients précaires

1. Des rôles bien compris par les patients

Selon notre étude, les personnes en situation de vulnérabilité sociale attendent avant tout du MG qu'il se comporte avec elles comme avec n'importe quel autre patient.

Elles définissent le MG comme la porte d'entrée dans le système de soin.

Gérant des pathologies aiguës et chroniques, il coordonne les soins, oriente vers les confrères spécialistes et promeut l'éducation à la santé. Les interviewés soulignent l'intérêt de son approche centrée sur la personne, incluant les dimensions biopsychosociales.

En ces termes, les personnes interrogées rejoignent la définition élaborée en 2002 par la WONCA Europe, branche européenne de l'organisation mondiale des médecins généralistes (22).

2. Une bonne accessibilité du MG ?

Dans notre population, le MG reste une figure plutôt bien perçue pour son accessibilité.

Dans l'ensemble, ils ne paraissent pas se sentir stigmatisés chez les MG. Ils n'évoquent pas de refus de soins de leur part, à l'exception d'un patient souffrant de maladie psychiatrique.

Comme le souligne un rapport du défenseur des droits de 2014 (23), ces résultats sont à nuancer par la persistance d'un taux élevé de refus de soins objectivé par plusieurs études de testing téléphonique (24)(25). Dans l'étude de 2009 sur les bénéficiaires de la CMUc (24), les taux de refus sont globalement plus élevés chez les médecins spécialistes (4 à 40% selon la spécialité et le secteur) et les dentistes (31%), mais sont quand même chiffrés à 9% pour les MG en secteur 1, 32% en secteur 2.

C'est encore plus alarmant pour les bénéficiaires de l'AME qui se voient opposer, dans 34% des cas, un refus chez le MG en secteur 1 (26).

Si dans notre étude les bénéficiaires de l'AME n'ont pas rapporté de difficultés, il semble cependant qu'ils soient plus souvent orientés par le secteur associatif et social vers des médecins sensibilisés.

Par ailleurs, on parle ici de refus déclarés par les médecins mais ceci ne prend pas en compte le « mauvais accueil » que des interviewés ont décrit dans certains cabinets et qui finit probablement par faire une sélection. Ces attitudes antipathiques à l'égard de certains patients sont difficiles à mesurer en raison de la forte subjectivité du phénomène.

Sans nier l'existence des refus de soins, dans tous les cas trop élevés, ils ne semblent pas être le principal obstacle à l'accès au médecin généraliste.

3. Des patients adaptables au cabinet ?

En terme d'organisation du cabinet, j'ai récolté peu de récits spontanés de la part des patients. Je l'ai interprété par le fait que ça n'était pour eux, ni un critère de choix, ni un réel obstacle.

Les questions portaient surtout sur le mode de consultations : libres ou sur rendez-vous. Je n'ai cependant pas obtenu de réponse nette en faveur de l'un ou l'autre des modes d'organisation.

Plus que le fait de devoir prendre rendez-vous, les patients mettent en avant le délai de réponse à leur demande et le temps d'attente au cabinet. Ainsi certains préfèrent les consultations libres car dans le cabinet qu'ils fréquentent, ils ont des difficultés à obtenir des rendez-vous en cas de besoin urgent (plusieurs jours de délai). A l'inverse, d'autres médecins semblent organisés pour répondre dans les 24h à une demande, ce qui satisfait les consultants. Les rendez-vous présentent l'avantage d'avoir un temps imparti avec le MG et de limiter l'attente.

Comme dans l'étude de De Pauw (27), une femme met en lien le temps qu'elle accepte de passer en salle d'attente avec celui que lui consacre son médecin. Elle trouve alors l'attente justifiée.

Je m'attendais également à des réticences aux rendez-vous de la part des personnes maîtrisant mal le français mais celles que j'ai rencontrées, certes peu nombreuses, s'organisaient pour aller prendre directement leurs rendez-vous au cabinet sans que cela ne semble freiner leur accès au MG.

Je n'ai pas abordé au moment du recueil le rôle d'un secrétariat au sein du cabinet médical et cela n'a pas du tout été évoqué par les interviewés. Je ne peux pas dire si les répondants n'en ont pas fait l'expérience ou s'ils n'y voient pas d'intérêt particulier. En revanche lors des focus groups de MG, il est apparu qu'un secrétariat pouvait avoir un rôle positif sur le plan administratif (vérifie la validité des droits) et organisationnels (facilite la prise de rendez-vous, voir diminue les oublis) ce que confirment d'autres auteurs (27).

Ainsi parmi les personnes que j'ai interrogées, l'organisation du cabinet ne m'a pas paru être un obstacle à l'accès au généraliste, les patients même en situation de précarité semblent savoir s'y conformer.

4. Choix du MG

Le choix et le changement de MG sont fortement liés à la proximité du cabinet médical par rapport au logement : il est difficile de conserver son MG en cas de changement de quartier. S'il existe probablement des freins liés aux transports, je remarque néanmoins des évaluations différentes de la notion « d'éloignement ». Si certains ont quitté leur région ou leur pays, d'autres ont du mal à envisager un déménagement d'un quartier à l'autre de la métropole lilloise et soulignent leurs besoins de repères géographiques.

Un deuxième point est qu'il arrive parfois pour les personnes en structure d'hébergement, qu'elles soient orientées vers un médecin, voir qu'on leur impose le soin comme condition d'acceptation dans la structure. Bien que compréhensible, cette pratique pose la question de l'adhésion à une démarche thérapeutique, basée sur la relation médecin/malade, lorsque le patient n'est à l'origine ni du soin, ni du choix de son référent médical principal.

Cette démarche d'orientation se conçoit néanmoins parfaitement lorsqu'elle s'adresse aux patients les plus éloignés du soin. Pour ces populations « invisibles » du professionnel de santé, l'éducateur ou l'accompagnant peut être un précieux recours pour faire le premier pas en consultation.

5. Des compétences humaines au premier plan

Dans le domaine des compétences, les personnes interrogées insistent sur la communication, la pédagogie et la psychologie du MG. Plusieurs personnes mettent donc en avant les compétences psychologiques de leur médecin face à une souffrance morale, fréquemment liée à la situation sociale détériorée.

La majorité des patients interrogés attendent de leur MG qu'il pose un cadre aux soins et non pas qu'il leur donne ce qu'ils demandent. Ils attendent de lui qu'il fasse ce qui est bon pour eux et sache leur dire non si nécessaire.

Dans mon étude, il semble que les compétences humaines prennent le pas sur les compétences biomédicales, d'ailleurs rarement remises en cause. Les qualités de communication et de psychologie apportent, en revanche, une « plus-value » au MG.

6. MG et conditions de vie du patient

Les personnes de l'étude ont bien conscience des liens étroits entre la santé et leurs conditions de vie mais n'osent pas en parler spontanément avec le MG, souvent à cause de la honte éprouvée. En effet, presque toutes les personnes interrogées s'accordent à dire qu'elles n'évoqueraient pas d'elles-mêmes le sujet en dépit d'une relation de confiance avec leur MG. Toutefois la plupart ne voient aucun inconvénient à répondre à un médecin qu'elles connaissent bien, s'il pose correctement la question.

Les croyances des MG sur ce sujet ont été recueillies dans un travail de thèse en Pays de Loire en 2013 (28). Il retrouve un faible recueil des informations financières, du fait de bénéficier de minima sociaux et des informations sur la complémentaire santé. Selon les MG interrogés, le recueil systématique de ses informations est limité par le temps et la peur d'être jugé intrusif. Ces idées sont ressorties dans nos focus groups de médecins mais peu chez les patients : ils ne sont pas choqués que leur MG les questionne mais se réservent le droit de ne pas répondre. Ils ne considèrent pas que cela perturbe la relation médecin/malade.

Plusieurs personnes ont d'ailleurs relaté des épisodes où le MG avait eu un rôle de repérage, avait initié des démarches sociales ou aidé les patients à obtenir leurs droits auprès d'institutions administratives.

En dehors de la recherche active des caractéristiques sociales du patient, notre exercice nous amène, de fait, à être témoin des conditions de vie. L'exemple type en est la visite au domicile.

Ces informations présentent un intérêt pour notre pratique puisque les caractéristiques sociales peuvent modifier notre prise en charge et constituer en elles mêmes des facteurs de risque.

Il apparaît alors fondamental de procéder à leur recueil.

Comme j'en ai fait l'expérience au cours des entretiens, il nous est délicat d'aborder les sujets sensibles. On retrouve le même problème, par exemple, pour les violences conjugales (29). Mais restant des tabous pour les patients, il est incontournable que ce soit le MG qui fasse le premier pas. Le collège de médecine générale vient d'ailleurs de publier en 2014 un outil promouvant le recueil et la consignation de 16 caractéristiques sociales utiles dans le dossier patient (30) (cf. Annexe 4).

Procéder à un recueil systématique est le seul moyen de déstigmatiser et dédramatiser la collecte de ces données.

B. Parcours de soins : particularités

1. Une consommation de soins répondant aux besoins de base

La consommation de soins de nos interviewés me semble surtout répondre à des besoins à court terme.

En cas de pathologies aiguës, il faut qu'il y ait un impact sur les activités quotidiennes pour motiver la consultation. Pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, le recours est très lié au renouvellement du traitement. Le besoin de médicament est au centre du soin, plus que la pathologie à traiter. Ainsi, plusieurs patients avaient arrêté leur suivi lorsqu'il n'y avait plus eu de traitement. Ils n'avaient alors plus de raison d'aller voir le médecin.

Comme dans les travaux de Raynaud (31), les patients de notre étude consomment plus de médecine générale et de pharmacie et moins de spécialistes de villes, d'optique et de soins dentaires que la population générale. Pour exemple, la

prise en charge psychologique donne rarement lieu à un suivi spécialisé alors que la souffrance morale revient fréquemment dans les plaintes.

Concernant la prévention, nos patients concèdent peu de demandes spontanées de leur part mais témoignent d'un réel intérêt pour les soins de prévention. Les réticences observées sont l'angoisse du résultat, à mon sens non spécifique du public précaire, et le fait d'avoir d'autres problèmes plus urgents à traiter.

D'autres études relèvent des taux de participation aux dépistages plus bas dans les catégories à faibles niveaux d'études. L'exemple en est le dépistage des cancers gynécologiques (32). Ces travaux soulignent d'ailleurs le rôle du MG dans l'incitation au dépistage organisé pour des femmes qui ont un suivi gynécologique moindre que la population générale.

Ces dépistages sont-ils moins conseillés ou moins réalisés ?

Selon le baromètre santé et cancer 2010 (32), l'écart de participation au dépistage organisé du cancer du sein tend à se réduire entre hauts et bas revenus par rapport à 2005. Seul un niveau d'étude inférieur au secondaire reste un facteur significatif de non participation. Le public précaire n'est donc pas réfractaire aux actes de prévention mais cela nécessite une plus forte implication des professionnels de soins primaires auprès de cette population.

Dès lors, il est nécessaire que le MG relaye, plus encore auprès de cette population, les messages de prévention, qu'il accepte que la participation soit différée mais qu'il veille à la réalisation des dépistages.

2. La souffrance morale

Si de nombreuses personnes mentionnent l'importance d'une approche psychologique par leur MG, il semble que ça ne soit pas un motif suffisant pour consulter. Aborder le sujet est toujours délicat et il faut avoir une autre raison de venir chez le médecin pour, éventuellement, évoquer la souffrance morale au cours

de la consultation. Parfois, le prétexte d'un motif somatique est nécessaire pour consulter et révéler le mal être sous jacent.

Encore une fois, selon les interviewés, il semble que la question doive venir du MG.

Sans appuyer l'idée que les patients précaires consulteraient plus pour des motifs psychosomatiques, ces résultats doivent attirer notre attention sur le fait que la souffrance psychique, plus fréquente dans cette population aux conditions de vie difficiles, peut prendre des formes variées. Ceci pourrait expliquer l'impression de « motifs complexes et multiples », de « demande floue et imprécise » qu'ont évoqué certains médecins des focus groups.

Cependant, devant un contexte social difficile, le mal-être psychologique doit être recherché au moindre doute.

3. L'orientation et l'accès aux soins

Pour les patients que j'ai interrogés, l'accès aux soins spécialisés est vécu comme bon en dehors de problèmes rencontrés pour l'optique, les soins dentaires et les soins avec dépassements d'honoraires. Ces données s'expliquent par le reste à charge important et sont confirmées par de nombreuses études (31)(33).

Toutefois les parcours de soins narrés passent en majorité par l'hôpital public et moins par les spécialistes de ville. Une personne pointe d'ailleurs des différences entre la clinique privée et l'hôpital public, qu'elle considère « moins accueillant ».

Si l'accès aux examens complémentaires et aux spécialistes existe, il semble y avoir des parcours « préférentiels » pour les patients précaires via l'hôpital, des réseaux informels ou des structures sensibilisées. L'utilisation de ces parcours se confirme dans les focus groups de MG.

Sans remettre en cause la qualité des soins à l'hôpital, on peut s'interroger sur l'égalité d'accès aux soins sensée découler du dispositif CMU-CMUc. Les délais de consultation entre public et privé justifient à eux seuls le questionnement.

Notre étude étant centrée sur le médecin généraliste, nous n'avons pas exploré la suite du parcours de soins des personnes interrogées mais il nous paraîtrait

intéressant de préciser le recours ou non aux spécialistes, les modalités du choix et le parcours de soins secondaires.

En Nord-Pas de Calais, la dépense en soin par habitant est supérieure à la moyenne nationale (environ 20 à 150€ de plus/an/habitant). Cette dépense supplémentaire se justifie par une situation sanitaire plus dégradée dans une région classée 22^{ème} sur 22 en terme de mortalité prématurée avant 65 ans (34). Ce surplus de dépense porte sur les soins de ville et est fortement corrélé à des facteurs sociaux (34).

Dès lors, on peut s'interroger sur le fait que la réduction des inégalités d'accès aux soins secondaires puisse suffire à réduire les inégalités de santé dans notre région. On peut également se demander si le MG est amené à gérer plus de situations relevant d'un avis spécialisé ? Si oui, est-ce le fait d'obstacles dans le parcours vers les soins secondaires ?

Comme le rappelle A. Rode, la question de la qualité des soins et des inégalités **au sein** du système de santé reste peu étudiée (35). Plusieurs patients, pourtant reconnaissants envers le système de santé « à la française », évoquent néanmoins des «soins qualités CMU ».

Une perspective serait d'étudier non seulement l'accès aux soins mais également la qualité des parcours de soin des classes défavorisées.

4. Place de l'accompagnant social

Une autre particularité émerge de la relation MG/patient en situation de précarité : c'est l'intervention possible du travailleur social.

Les rôles de ce dernier sont multiples : initier le soin en orientant vers le MG, accompagner vers les soins secondaires, aider à la compréhension du système de santé et au repérage des structures de soins, etc. Un rapport de 2005, axé sur la santé mentale (36), rappelle que les travailleurs sociaux peuvent également se trouver dépositaires d'informations médicales qu'ils ne peuvent gérer seuls. Pour

exemple, la verbalisation d'idées suicidaires, la constatation des conduites addictives les amènent à nous solliciter.

A l'inverse, c'est parfois le MG qui fait appel à eux lorsque son exercice le rend témoin de difficultés sociales. Cette relation à trois soulève plusieurs questions.

Comment faire adhérer le patient au soin lorsque celui-ci est « imposé » et le médecin « choisi » par le travailleur social ou la structure? Le soignant attend en général du patient qu'il formule une demande de soin pour créer l'alliance thérapeutique », ce qui n'est précisément pas le cas dans une démarche imposée. Cela peut être à l'origine de réticences chez les MG auxquels on adresse des patients qui « ne veulent pas se soigner ».

Comment faire comprendre aux deux parties la différence entre urgence sociale et urgence médicale ? Dans des situations complexes, où s'imbriquent problèmes médicaux et sociaux, les priorités des différents intervenants ne sont pas toujours les mêmes.

Le MG privilégie les soins quand l'intervenant social vise à subvenir aux besoins fondamentaux comme le logement. Il peut s'en suivre des difficultés telles que des rendez-vous médicaux coïncidant avec des rendez-vous administratifs, un changement de logement qui amène la personne à changer de secteur, etc.

D'un autre côté c'est parfois l'urgence sociale qui motive la demande médicale comme le maintien à domicile des personnes âgées ou la demande d'hospitalisation pour sevrage dans les problèmes d'addiction. Dans ces cas-là, l'évaluation de « non-urgence » du corps médical n'est pas toujours comprise par le secteur social.

Face à ces relations nécessaires mais complexes, se pose la question de **la communication entre secteur médical et social ?** Si elle existe souvent de manière informelle ou sous forme de réseau ciblant une pathologie, il serait nécessaire de formaliser ces échanges afin de communiquer sur nos évaluations réciproques des situations. Les dispositifs se développent à l'image des « intervisions » du Réseau Santé solidarité Lille métropole (RSL) mais tous les territoires n'en sont pas dotés. Enfin, certains professionnels opposent encore le secret médical alors que les intervenants sociaux ne cherchent, le plus souvent, pas

de diagnostic mais « une confirmation de la viabilité du projet et une validation de l'action conduite » (36).

Toutes ces questions auraient pu être abordées au cours des entretiens mais je me suis limitée à la relation binaire médecin-patient et j'ai évité d'élargir le propos de peur de dévier du sujet.

On peut cependant retenir, qu'avec un accès encore plus large aux populations isolées voir exclues, il est inéluctable de s'appuyer sur le secteur social pour réduire les inégalités sociales de santé. Son implication dans le parcours de soins peut être la garantie d'une meilleure observance et permettre d'adapter la prise en charge.

L'intervention sociale doit cependant toujours passer par le patient, qui ne doit en aucun cas être privé de sa décision thérapeutique.

C. Le renoncement aux soins

Plus que l'accès primaire aux soins, soit le premier contact avec le système de santé, c'est la **continuité des soins** qui me semble problématique parmi la population interrogée.

1. Réalité du renoncement aux soins entre barrière et refus

Dans notre étude, nous avons été marquées par le nombre d'épisodes de « non soin ».

Ce que nous avons qualifié de « non soin » est le fait de ne pas recourir à des soins alors que le besoin en est ressenti. S'il est difficile d'en définir tous les déterminants, deux causes évidentes ressortent : la rupture de couverture maladie et le renoncement pour raison financière. Par ailleurs, nous avons identifié plusieurs types de « non soin » qui rejoignent les travaux de Despres et al (10).

Le « **renoncement barrière** » représente les éléments extérieurs qui empêche la personne de mener à bien sa démarche de soin (problèmes financiers, rupture des droits, problème de transport, refus de la part des professionnels de santé, etc.). En

dehors des refus de soins et des dépassements d'honoraires, ces questions sont plutôt d'ordre politiques, où le MG ne peut jouer qu'un rôle citoyen.

Le « **renoncement refus** » est un acte volontaire où malgré la conscience du besoin en soin, la personne décide de ne pas se soigner. Cette attitude peut être une manière pour la personne d'affirmer sa décision thérapeutique dans le « non soin », n'ayant trouvé aucune alternative acceptable dans les propositions du corps médical. Elle peut également traduire le rejet d'un système de santé, qui l'a malmenée à un moment donné. Parmi les causes de refus, on retrouve également l'angoisse générée par la consultation.

A cela j'ajouterai, en amont, le « **besoin de soin non ressenti** ». Au cours des entretiens, j'ai identifié des situations où de mon point de vue médical, la personne relevait d'une consultation mais où elle semblait ne pas se sentir malade.

Autant de formes et d'épisodes de renoncement qui illustrent un parcours de soins « en pointillé » chez des personnes qui ont pourtant des droits à jour et un accès théoriquement illimité.

2. Hypothèses explicatives

a) Méconnaissance du corps et du soin : la perception du besoin de santé

Une des choses qui m'a interpellée dans ce recueil est que la majorité des personnes interrogées se déclarent en bonne santé et n'évoquent pas de problèmes médicaux particuliers de prime abord. Or en les interrogeant plus spécifiquement, plusieurs d'entre elles avouent souffrir de maladies chroniques, nécessitant des traitements et des soins quotidiens ainsi qu'un suivi régulier. Des pathologies qu'un professionnel de santé qualifierait de « graves ».

Dès lors cela pose un problème de discordance entre l'état de santé perçu par le patient et celui évalué par le MG.

Les problèmes aigus sont considérés lorsqu'ils deviennent « invalidants » et retentissent dans les autres champs de la vie quotidienne. Une gravité potentielle semble peu intervenir dans leur décision, ou en tout cas cette notion de gravité n'est pas la même entre le patient et le MG.

Cette manière de « consommer le soin » peut être perçue comme un retard aux soins du point de vue du médecin et renforcer l'impression de motifs multiples ou de situations complexes à gérer, exprimée dans les focus groups de MG. La discordance entre notre évaluation de professionnels de santé et l'état de santé perçu par les patients peut également expliquer la non adhésion au projet thérapeutique, que plusieurs personnes ont évoqué. Pourquoi se soigner quand on ne se sent pas malade ?

Ces résultats diffèrent légèrement d'autres données disponibles sur l'état de santé perçu des personnes en situation de précarité. Une enquête réalisée en 2012 auprès de bénéficiaires du RSA montre qu'ils déclarent une mauvaise ou très mauvaise santé 3 à 4 fois plus qu'une population de même tranche d'âge (37). La relative «bonne santé» des participants de mon étude me semble illustrer plutôt un déni ou une minimisation de certains problèmes de santé.

En tant que MG, nous devons d'autant plus nous questionner sur la manière dont nous expliquons les pathologies, les soins ainsi que les clés que nous donnons au patient pour qu'il puisse préserver sa santé.

b) Un parcours de vie jalonné de rupture

La population interrogée relate souvent des épisodes de rupture dans son parcours de vie : ruptures familiales et sociales, ruptures professionnelles, périodes de chômage, etc.

Ces événements intercurrents peuvent être à l'origine de changement de situation administrative, de couverture maladie notamment, mais aussi de changement de lieu de vie. L'ensemble concourt parfois à une rupture dans le suivi médical.

Il est important que le MG soit attentif à ces périodes de rupture qui sont des moments à risque de perdre de vue le patient et qui signent parfois le franchissement d'une étape dans l'entrée en situation de précarité.

c) La rupture de couverture maladie

Bien que je ne dispose pas de données précises sur « l'histoire des couvertures maladie » de ma population, plusieurs personnes signalent des épisodes de rupture de droit, pas toujours en lien avec un changement de situation mais parfois par non-renouvellement.

Cela rejoint le problème du non recours aux droits et questionne l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre.

En effet, selon le fond CMU, environ 20% des personnes qui pourraient prétendre à la CMUc n'y ont pas recours, 60 % pour l'ACS (38). Le rapport du défenseur des droits (23) pointe des procédures administratives trop complexes et une méconnaissance des dispositifs et des critères d'éligibilité, tant par les patients que par les professionnels de santé.

Des insuffisances administratives ne doivent pas entraver un accès aux soins déjà difficile. Pourrait-on imaginer que le MG, ou son secrétariat, soit autant attentif à la fin de la couverture maladie qu'à la fin des protocoles ALD ? L'éducation aux soins ne commence-t-elle pas par l'éducation au système de santé ?

d) Intégration des représentations sur les CMU

Quelques unes de personnes interrogées évoquent les représentations que leur renvoie la population générale en tant que bénéficiaires de la CMU, notamment en terme de surconsommation de soins.

Même si ces propos ne sont pas majoritaires, je me suis interrogée sur le fait qu'ils puissent limiter l'accès aux soins et renforcer le fait de consulter à la dernière minute. Je n'ai cependant pas obtenu de réponse claire à ce sujet.

e) Santé, pas toujours une priorité

Enfin pour certaines personnes en situation de grande précarité, sans logement, avec des revenus faibles, la santé n'est clairement pas une priorité.

Elle vient après les besoins fondamentaux que sont le logement, l'alimentation, le devoir de s'occuper de sa famille. De plus, admettre un problème de santé peut être perçu comme une difficulté supplémentaire à surmonter.

Là-dessus, le MG a peu d'emprise sinon expliquer les enjeux du soins pour permettre à chaque personne de prendre au mieux sa décision thérapeutique. Dans ces cas-là, il est bon d'être adaptable, d'accepter de différer les soins qui peuvent l'être, de reconnaître la souffrance morale qui se cache derrière les plaintes floues et d'orienter lorsqu'on est témoin de ces situations sociales difficiles.

CONCLUSION

Si le MG joue un rôle prépondérant auprès des personnes en situation de précarité, son poids dans la réduction des inégalités de santé est faible comparé à celui des politiques sociales. En effet, les inégalités sociales de santé commencent bien en amont de l'accès aux soins et reposent en grande partie sur l'inégalité d'accès aux besoins fondamentaux : le logement, l'emploi, la sécurité financière, l'éducation, l'entourage social.

L'intervention du MG auprès des populations en difficultés passe aussi par le soutien et le témoignage de leurs conditions de vies.

D'un point de vue strictement sanitaire, il faut désormais privilégier le concept d'équité à la santé plutôt que celui d'accès égalitaire aux soins. Nous n'avons pas tous le même état de santé de base mais le but est bien que chacun vise son plein potentiel de santé. Cela implique de donner à chacun des moyens à la hauteur de ses besoins. Pour les patients précaires, cela doit se traduire par un investissement plus important des professionnels de soins primaires auprès des personnes précaires, pour expliquer, éduquer, s'enquérir de leur bien être quand ils ne le font plus eux-mêmes.

Enfin, chaque personne est à risque de connaître une situation de précarité à un moment de sa vie. Pour le MG, il ne s'agit donc pas uniquement de développer de conduites spécifiques pour les personnes précaires. Il doit avoir **pour tous les patients** une approche globale en tenant compte des dimensions bio-psycho-sociales dans l'évaluation des risques et les propositions thérapeutiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2003 [Internet]. 2003. Available from: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_fr.pdf
2. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, Grignon M, Jusot F, Lavis J, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. *Quest Déconomie Santé*. 2005 Février;(92).
3. Rainhorn J-D, Grémy F, Haut Comité à la santé publique. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Rennes: Éd. ENSP; 1998.
4. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale: séances des 10 et 11 février 1987. Direction des journaux officiels; 1987.
5. Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe: une revue des études comparatives. *BEH Thématique*. 2007;(2-3):10-4.
6. Marmot M, Wilkinson R. Les Déterminants Sociaux de la Santé: Les Faits. [Internet]. Genève, Suisse: World Health Organization; Stylus Publishing, LLC Distributor. 2004. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98439/E82519.pdf
7. LOI n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. 98-657 juillet, 1998.
8. Décret n° 2014-517 du 22 mai 2014 relatif au taux et aux modalités de calcul de la cotisation maladie due par les personnes affiliées au régime général sur critère de résidence. 2014-517 mai, 2014.
9. Fonds CMU. Plafonds d'attribution de la CMU au 1er Juillet 2014 [en ligne]. Available from: <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>
10. Haut conseil à la santé publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. 2009.
11. Organisation Mondiale pour la Santé. Déclaration d'Alma-Ata, 1978 (page consultée le 18/04/14). 1978 [en ligne]. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/declaration-of-alma-ata,-1978>
12. Organisation Mondiale pour la santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986 (page consultée le 18/04/14). 1986 [en ligne]. Available from: <http://www.euro.who.int/fr/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>

13. Bodenmann P, Jackson Y, Vaucher P, Bischoff T, Diserens E-A, Madrid C, et al. Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? *Rev Médicale Suisse*. 2009;Volume 199(5):845–8.
14. Gruen RL, Pearson SD, Brennan TA. Physician citizen public roles and professional obligations. *JAMA*. 2004 Jan 7;291(1):94–8.
15. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004-810 août, 2004.
16. Frappe P, Association française de jeunes chercheurs en médecine générale. Initiation à la recherche. *Global Media Santé*; 2011.
17. 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.
18. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. Armand Colin; 2007.
19. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine (page consultée le 21/01/15). 2009 [en ligne]. Available from: <http://www.theorisationancree.fr/Guide11.pdf>
20. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en médecine générale: étude réalisée dans deux centres d'accueil et de soins pour migrants [Thèse d'exercice, Médecine générale]. Lille : Université du droit et de la santé; 2011.
21. Delannoy P. Etat de santé et rapport aux soins des personnes en situation précaire: étude des consultations de médecine générale à l'association Baptiste d'entraide de la Jeunesse de Lille [Thèse d'exercice, Médecine générale]. Lille, France: Université du droit et de la santé; 2007.
22. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg (page consultée le 28/04/15). 2002 [en ligne]; Available from: [http://bookfel.org/download/fran%C3%A7ais\(2\)/m%C3%A9decine/D%C3%A9finition%20europ%C3%A9enne%20de%20la%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf](http://bookfel.org/download/fran%C3%A7ais(2)/m%C3%A9decine/D%C3%A9finition%20europ%C3%A9enne%20de%20la%20m%C3%A9decine%20g%C3%A9n%C3%A9rale.pdf)
23. Le défenseur des droits. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME. 2014.
24. Desprès C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris. Fonds Financ Prot Complément Couv Univers Risque Mal Doc Fr Paris (page consultée le 30/04/15). 2009 [en ligne]; Available from: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf
25. Desprès C, Naiditch M. Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiaires de la CMUc. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2006.

26. Médecins du Monde. Je ne m'occupe pas de ces patients [en ligne]. 2006. Available from: http://www.actupparis.org/IMG/pdf/EnquA_te_CMU_AME.pdf
27. De Pauw C. Prise en charge des personnes précaires en médecine générale: Un levier contre les inégalités sociales de santé? [Thèse de Doctorat de Sociologie]. Lille; Université des sciences et technologies; 2012.
28. Ernst Toulouse C, Nollet C. Recueil de la situation sociale des patients et prise en charge des inégalités sociales de santé : perspectives en médecine générale. Entretiens auprès de 25 médecins généralistes de Loire-Atlantique et Vendée. [Thèse d'exercice, Médecine générale] Nantes: Université de Nantes; 2014.
29. Biglia E. Dépistage des violences conjugales en cabinet de médecine générale: expériences et attentes de femmes victimes [Thèse d'exercice, Médecine générale]. Nice: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2012.
30. Cadwallader J-S, Cartier T, Charissou A, Chatelard S. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale? Collège Médecine Générale [en ligne]. 2014; Available from: http://www.lecmg.fr/livreblanc/docs/140108_enregistrement_situation_sociale_dossier_mg_version3.0.pdf
31. Raynaud D. Les déterminants individuels des dépenses de santé: l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. Etudes Résultats DREES [Internet]. 2005;(378). Available from: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12648/1/er378.pdf>
32. Eisinger F, Beck F, Leon C, Garnier A, Viguier J. Baromètre santé et cancer 2010: les pratiques de dépistage des cancers en France [en ligne]. INPES; 2012. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BaroCancer2010/pdf/depistages-cancers.pdf>
33. Sass C, Runfola S. Renoncements aux soins des bénéficiaires de la CMU-C : Enquête dans les CES de l'Assurance maladie [en ligne]. 2011. Available from: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_Cetaf_FCMU_Renoncement_soins_2011.pdf
34. ARS Nord-Pas de calais. Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins pour les personnes en situation de précarité [en ligne]. 2013. Available from: http://www.fehap.fr/upload/docs/application/pdf/2013-09/_praps_iii_definitif_03-09-2013_.pdf
35. Rode A. L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins. Lien Soc Polit. 2009;(61):149.
36. générale de la santé. Souffrances et troubles psychiques: rôle et place du travailleur social [Internet]. Ministère de la Santé et des Solidarités; 2005. Available from: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/travailleur_social.pdf
37. MOISY M. Etat de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA. Etudes Résultats DREES. 2014;(882):2-6.

38. Fond CMU. Rapport d'activité 2013 [Internet]. 2013. Available from: http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2013.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien, version finale

Parcours de soin

- **Comment décririez-vous votre état de santé ?**
- Souffrez-vous d'un problème de santé particulier? Prenez-vous des traitements tous les jours ?
- Racontez-moi la dernière fois où vous avez été malade : Problèmes ? Recours au non ? Lieu du soin ? Suivi des prescriptions ?
- Que faites vous habituellement quand vous êtes malade ?

Rapport au médecin généraliste de ville

- **Racontez-moi la dernière fois que vous êtes allé chez un MG.** Motifs ? Comment se déroule/passe la consultation ?
- Comment s'organise son cabinet ? (RDV, gestion des urgences)
- Avez-vous un MG déclaré ? Un suivi médical ?
- Où en êtes-vous en terme de prévention ?
- Comment l'avez-vous choisi votre MG? Quelle image avez-vous de lui ?

Interaction entre situation sociale et santé

- **Avez-vous déjà des problèmes de santé liés à vos conditions de vie ?** Lesquels ? Comment votre MG a-t-il géré la situation ?
- Votre médecin est-il au courant de votre situation, de vos conditions de vie ? Comment en a-t-il été informé ? Abordez-vous le sujet avec lui ?

Situation personnelle et parcours de vie

- Sexe ? Age ? Nationalité ? Langues parlées si étranger ?
- Logement actuel ? Type de couverture maladie ?
- Profession ? Situation familiale ?

Annexe 2 : Caractéristiques des entretiens

	DATE	HEURE	LIEU	DUREE	REMARQUES
1	27/05/2014	8H30	Armée du salut. LHSS	8min58s	Présenté par éducateur
2	27/05/2014	9H30	Armée du salut. LHSS	23min58s	Présenté par éducateur
3	30/05/2014	14H00	Armée du salut. CHRS	9min39s	Présenté par éducateur
4	03/06/2014	13H45	FARE	14min54S	Accès direct
5	03/06/2014	14H15	FARE	7min46s	Accès direct
6	03/06/2014	14H40	FARE	23min49s	Accès direct
7	03/06/2014	15H05	FARE	17min22s	Accès direct
8	06/06/2014	11H14	AIDA	13min40s	Présenté par éducateur, interrompu à 2 reprises par assistante sociale
9	26/11/2014	16H30	Midi-Partage	40min22s	Accès direct
10	26/01/2015	9H00	Midi-Partage	27min20s	Accès direct
11	26/01/2015	9H25	Midi-Partage	22min03s	Accès direct
12	26/01/2015	10H20	Midi-Partage	13min07s	Présenté par éducateur
13	26/01/2015	11H30	Midi-Partage	25min21s	Présenté par éducateur, interrompu par le repas.
14	26/01/2015	14H00	Midi-Partage	20min03s	Accès direct
15	26/01/2015	14H50	Midi-Partage	8min09s	Présenté par éducateur

Annexe 3 : Livret de codes

1	Bonne santé
2	Traitement chronique
3	Pathologies hépatiques
4	"Aller-vers"
5	Soins infirmiers réguliers
6	Traitements psychotropes
7	Non soin
8	CMU+CMUc
9	Dépendances
10	Traitements substitutifs
11	Consulte pour le renouvellement
12	Rupture de couverture maladie
13	Consulte en urgence
14	Gentillesse du MG
15	A/a eu un MG déclaré
16	Suivi prolongé
17	Connaissance du dossier médical
18	Pathologies neurologiques
19	Problèmes de logement
20	Vit en CHRS
21	Priorité au logement
22	Avenir incertain
23	Méconnaissance des conditions de vie (CDV) par MG
24	Méconnaissance de l'offre de soin
25	Environnement nuisible aux soins
26	Ne parle pas spontanément de ses problèmes
27	Peu d'intérêt du MG pour CDV
28	Difficultés d'observance
29	Confiance
30	Pudeur sur sa vie privée
31	Curiosité injustifiée du MG
32	Protégé par la couverture maladie
33	Connaissance des droits liés à couverture maladie
34	Problèmes infectieux
35	Poids de la maladie
36	Mauvaise tolérance du traitement
37	Maladie limite les activités
38	Suivi hospitalier
39	Abandon de soin
40	Non adhésion au projet thérapeutique
41	Freins financiers aux soins
42	Retarde les soins
43	Consulte pour pathologies aiguës bénignes
44	Médecins hospitaliers référents
45	Attachement fort au MG
46	Proximité géographique du MG
47	Suivi régulier par MG
48	Accès aux examens complémentaires
49	Accès aux soins/services hospitaliers spécialisés
50	Accès aux hôpitaux universitaires
51	Manque d'information sur maladie
52	Jargon médical
53	Honte du logement
54	Logement insalubre
55	Environnement nuisible à la santé
56	S'investit dans la soin
57	Connaissance des CDV par le MG
58	Adaptation du soin aux CDV
59	Orientation vers l'hôpital
60	Consulte aux urgences
61	Continuité des soins
62	Importance d'un MG référent
63	Besoin de cadre de vie
64	Environnement violent
65	Insécurité
66	Reconnaissance envers le système de santé
67	Vision positive des professionnels de santé
68	Rôle de repérage
69	Reconnaissance envers les professionnels de santé
70	Pathologies psychiatriques
71	"Nomadisme médical"
72	Mutuelle
73	Bénéficie d'aides sociales
74	Connaissance des droits sociaux
75	Interrogatoire
76	Examen physique
77	Délivrance d'ordonnance
78	MG interchangeables
79	Suivi psychiatrique
80	MG sensibilisé à précarité
81	Pas de différence avec un autre patient

82	Renoncement aux soins	123	Difficulté de subsistance
83	Préoccupé par d'autres problèmes	124	Pas de suivi régulier en MG
84	Problèmes financiers	125	Bon accueil en pharmacie
85	Priorité à la santé	126	Etiquette "précaire" (CMU)
86	Pas d'intérêt que MG connaisse les CDV	127	MG laxiste
87	Envie d'autonomie	128	Besoin d'un cadre médical
88	Rupture familiale	129	Orienté par spécialistes
89	Isolement	130	Relai en ville de substitution
90	Incurie	131	Approche globale du MG
91	Expulsion	132	Compétence thérapeutique
92	Liens familiaux préservés	133	Consulte rapidement si symptômes
93	Limites du système d'hébergement	134	Préfère le privé
94	Besoin de repères	135	Disponibilité
95	Importance du 1er contact avec MG	136	Ecoute
96	N'attend rien du MG	137	Humanité
97	Peur du jugement du MG	138	Vision négative de l'hôpital public
98	Victime de refus de soin	139	Coût du soin
99	Rejet de la pathologie psychiatrique	140	Surcharge de l'hôpital public
100	S'adapte à l'organisation du MG	141	Délivrance d'ordonnance sans consultation
101	Consulte sur rendez-vous	142	Pathologies ORL
102	Orienté par travailleurs sociaux	143	Maladie = fatalité
103	AME	144	Gère sa maladie
104	Médecin de famille	145	Connaît sa pathologie
105	Consulte pour sa famille	146	Santé= condition pour hébergement
106	Barrière linguistique	147	Inconscience des risques
107	Pouvoir/Savoir médical	148	Rupture du suivi psychiatrique
108	Dort dehors	149	Fonctionnement de couple
109	Hébergement d'urgence	150	Parle facilement de sa vie
110	Souffrance morale liée au CDV	151	Consulte le MG pour contraception
111	Honte de sa situation	152	Conduites à risques
112	Instabilité de logement	153	Problèmes gynécologiques
113	Intérêt du MG pour CDV	154	Pas de suivi gynécologique
114	Accès aux spécialistes	155	Violences conjugales
115	Coût de l'optique	156	Consultations régulées
116	Connaissance de la langue du pays	157	Automédication
117	Connaissance du système de soin	158	Intérêt pour sa santé
118	Pouvoir soigner sa famille	159	Pas de prévention/dépistage
119	Consulte pour certificat	160	Fausse croyances en matières de santé
120	Santé=Condition pour trouver du travail	161	Pathologies cardio-vasculaires
121	Vit en caravane	162	Pathologies chroniques
122	Hospitalisation récente des enfants	163	Connaît son traitement
		164	Rupture du suivi par déménagement
		165	MG = confidant

166	Accès aux soins primaires	208	Pas de MT déclaré
167	Orientation vers spécialistes de ville	209	Suivi dans enfance
168	Prévention/Education à la santé	210	Soigné par homéopathie
169	Coordination des soins	211	Education à la santé par les parents
170	Centralise le dossier médical	212	Eloignement familial
171	Consulte en centre de santé	213	Consulte si retentissement sur activité
172	MG salarié	214	Intérêt pour prévention
173	Activités de soin centralisées	215	"Politique de l'autruche"
174	Lien fait par associatif	216	Pas tous égaux en santé
175	Un seul MG référent	217	Approche globale dans disciplines alternatives
176	Satisfaite du fonctionnement	218	Santé= équilibre global
177	Pas d'expérience du MG libéral	219	Compétences du MG limitées
178	Tenir compte de la souffrance morale	220	Conscience du coût des soins
179	Donner de l'espoir/ du courage	221	CMU= sur-consommateur de soin
180	Angoisse de la consultation	222	Problèmes dentaires
181	Communication	223	Santé=préoccupation secondaire
182	Empathie	224	CMU= mauvaise hygiène de vie
183	Compassion	225	CMU= précarité
184	Obligation déontologique du médecin	226	CMU= faible revenu
185	Formation des médecins sur relation MG/patient	227	Honte d'avoir la CMU
186	Bonne humeur	228	Peur du refus des dentistes
187	Patient discipliné et obéissant	229	Respect
188	Curiosité du MG justifié	230	Refus de soins dentaires
189	Chômage	231	Peur d'être moins bien soigné
190	Méconnaissance des droits sociaux	232	Annonce spontanément son statut CMU
191	Episode de couverture maladie partielle	233	Retentissement du moral sur physique
192	Problèmes ophtalmologiques	234	Maladie=liée à agent extérieur
193	Consulte en prévention	235	Mauvais expérience avec le corps médical
194	Accompagnement social	236	Sentiment de culpabilisation par corps médical
195	Bonne organisation du cabinet	237	Impact de la santé sur les revenus/ le travail
196	Patience du MG	238	Problème de seuil d'attribution de la CMU
197	Pédagogie du MG	239	Retentissement des problèmes dentaires sur santé
198	Orienté par la famille/entourage	240	Douleurs chroniques
199	MG ponctuel	241	Pathologies digestives
200	Motifs psychosomatiques	242	Errance diagnostique
201	Mauvaise hygiène de vie	243	Régime alimentaire (contraignant)
202	Problèmes ostéo-articulaires	244	Traitement symptomatique
203	Sectorise les problèmes de santé	245	Pathologies endocriniennes
204	Accès à l'ostéopathie	246	Traitement chirurgical
205	Recours aux méthodes naturelles	247	Actes de biologies
206	Reste à charge pour certains soins		
207	Emploi précaire		

248	N'hésite pas à prescrire des examens complémentaires	286	Non recours aux droits
249	"Va au fond des choses	287	Conscience de l'Influence des CDV sur santé
250	Consulte en créneau libre	288	Importance de l'hygiène de vie
251	Long délai d'attente en consultation	289	Importance de l'hygiène
252	Difficulté à avoir des rendez-vous	290	Cas des personnes âgées
253	Anxiété/angoisse	291	Préfère les consultations libres
254	Le MG rassure	292	Met à l'aise
255	Importance d'avoir une vie sociale	293	Importance du non-verbal
256	Le MG valorise la personne	294	Problèmes de surpoids
257	Solidarité dans l'entourage	295	MG pratique petite chirurgie
258	Problèmes familiaux	296	Familiarité/proximité avec le MG
259	Priorité à la famille	297	Connaît l'entourage
260	Le patient reste maître des infos qu'il veut délivrer	298	Sentiment que désinvestissement de la part de certain médecin
261	MG= Soutien (moral)	299	Maladie génétique familiale
262	Famille= Moteur du soin	300	Pathologie incurable/Impasse thérapeutique
263	Mauvais état de santé perçu	301	Handicap
264	Idées noires	302	Malade jeune
265	Fatalisme	303	Désaccord entre praticien sur diagnostic
266	Souffrance morale	304	Lassitude du monde médical
267	Tabagisme	305	Défaut de coordination
268	Prévention tabagisme	306	Nouveau MTD
269	Effet thérapeutique du MG/de la consultation	307	Déménagement récent
270	Soulagée d'en parler	308	Qualité communication rare chez médecin
271	Importance du secret médical	309	(In)Efficacité thérapeutique
272	Stigmatisation du suivi psychiatrique	310	Phobie du monde médical
273	Rôle du MG de psychothérapeute	311	Etiquette "médecins"
274	MG plus accessible qu'un psy	312	N'aime pas attendre
275	Avoir du tact	313	Rend le corps médical responsable de son état
276	Importance de connaître les CDV pour le MG	314	Erreur diagnostique
277	N'attend pas qu'une ordonnance du MG	315	N'a plus confiance en le par le monde médical
278	Renouvellement= prétexte pour consulter pour un autre motif	316	Conscience des risques
279	Suivi régulier lié au renouvellement	317	Deuils difficiles
280	Difficulté à faire le premier pas en consultation	318	Conflit avec le monde médical
281	Education thérapeutique par le médecin	319	Conscience de sa mort
282	Consulte malgré éloignement géographique	320	Angoisse de la mort/maladie
283	Amour du métier	321	A accompagné la mort d'un proche
284	Faire plaisir au docteur	322	Vit avec culpabilité de la mort d'un proche
285	Récemment tombé en situation de précarité	323	Passion/pratique du sport
		324	Pas de compétence sociale du MG

325	Poids du MG dans des démarches administratives	364	Problème judiciaire
326	MG intermédiaire avec les institutions		CNCI Certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport
327	Lourde intervention		
328	Conscient des risques de l'intervention		
329	Séquelles de l'intervention		
330	Soins de rééducation		
331	Soins de kiné		
332	Patient acteur de la décision thérapeutique		
333	Contre avis-médical		
334	Anti-médicaments		
335	Difficulté à se sevrer d'un traitement		
336	Maladie = rupture dans le parcours de vie		
337	Change de médecin car mécontent		
338	Attends de la franchise du MG		
339	Cherche des conseils médicaux sur internet		
340	Béquille médicamenteuse		
341	Complexité administrative		
342	Honnête avec son médecin		
343	<i>Ecoute son corps</i>		
344	Ouvrier en bâtiment polyvalent		
345	Refuse le soin		
346	Hébergé chez ami		
347	Comportement violent		
348	Conflit avec le système		
349	Alcoolisation à visée thérapeutique		
350	Poursuit seul sa rééducation		
351	Victime d'accident		
352	Locataire		
353	Avance de frais		
354	Importance d'être socialement intégré		
355	Milieu semi-rural		
356	Troubles cognitifs		
357	Déni de la maladie		
358	Importance d'être considéré comme n'importe quel patient		
359	Ne veut pas déranger le MG		
360	Réinsertion professionnelle		
361	Education stricte		
362	Soins orthopédiques		
363	CNCI permettent un suivi régulier		

Annexe 4 : 16 informations à enregistrer dans le dossier médical

Groupe A : Indicateurs indispensables

- Date de naissance
- Sexe
- Adresse
- Assurance maladie
- Statut par rapport à l'emploi
- Profession
- Capacité de compréhension du langage écrit

Groupe B : Indicateurs utiles

- Vit en couple
- Nombre d'enfants à charge
- Vit seul
- Pays de naissance
- Niveau d'études
- Catégorie socioprofessionnelle INSEE
- Bénéficie de minima sociaux
- Statut vis à vis du logement
- Situation financière perçue

Annexe 5 : Entretien n°2

NB : Comme je vous ai dit je travaille sur le thème de la santé. Est-ce que là vous pourriez me décrire votre état de santé ?

P2 : Là ? Euh à part ma jambe en général c'est ... c'est bien. J'ai pas trop de souci, à part ça. C'est vraiment à ce niveau là...

NB : Qu'est ce que...

P2 : Ben c'est mon pied de Charcot,... que j'ai quoi donc euh... y'a des soins tous les jours mais très ... comment je vais dire ça. Très inconvénients quoi. Ça, ça me saoule un peu mais ... faut le soigner quoi. Ça j'ai pas le choix du tout donc euh... Puis ce qui m'agace, c'est parce que ça fait mal, ça prend du temps...Des fois j'aurais peut être autre chose à faire. On va dire ça aussi. Ben euh aller au jardin comme ils font au matin là, des p'tites activités, y'en a pas beaucoup des activités ici aussi donc le peu qui y'a j'essaie de le faire mais voilà pour le soin, ils partent avant pis ils peuvent pas m'attendre ou alors j'ai des douleurs donc je peux pas y aller.

Voilà y'a plein de petits trucs comme ça qui...qui m'embête, franchement.

NB : Ca fait longtemps que...

P2 : Non. Ca fait...ça doit faire un an maintenant, un an, un an et demi

NB : Ah oui quand même !

P2 : Donc je suis allé à l'hôpital, retourné, pis j'ai eu des problèmes avec le logement où j'étais, donc c'est pour ça d'ailleurs que je suis ici.

NB : A part ce problème au niveau du pied, vous avez d'autres soucis de santé...

P2 : Non pas spécialement... franchement. Bien avant j'ai eu d'autres soucis de santé parce que je sors de traitement pour l'hépatite C, donc quelque chose de très contraignant aussi... Là c'était autre chose quand même que ce que j'ai là... Ça. J'ai arrêté de boire...de prendre des drogues tout ça... J'ai tout arrêté. Les drogues ça fait quelques temps, parce que j'ai tout, tout, tout goûté comme on dit : héro, cocaïne, tout, tout, tout. Du speed, des trips, voilà, vraiment à fond dedans donc j'ai eu un traitement pour ça, c'est Subutex^o et ben petit à petit ben on a diminué, et puis j'en avais tellement marre, des fois je suis une tête de mule, j'en avais marre que je l'ai arrêté. J'étais à ...0,8 parce qu'au début j'étais à 9 milligrammes et là je suis passé à 0,8 mais ça traînait de trop pour moi. Donc je l'ai arrêté, normalement je sais je devrais pas le faire mais je l'ai arrêté par moi-même. J'ai dit au médecin « maintenant vous êtes d'accord ou pas mais moi je peux plus » Ah ouais trop contraignant tout le temps...

NB : Et est-ce que là...

P2 : J'étais mal pendant une semaine franchement en arrêtant comme ça mais au bout d'une semaine ben ça a passé et je suis bien content.

NB : Est-ce que vous avez d'autres traitements en cours en ce moment ?

P2 : Non. Juste les soins pour le pied, j'ai rien d'autre

NB : Là vous avez une couverture sécu ?

P2 : *Oui c'est la CMU, la CMU donc j'ai ça.*

NB : *Qu'est ce que ça permet de faire ?*

P2 : *Ben déjà des soins gratuitement parce que si j'avais du payer ben je pourrais pas parce qu'y a quand même, y'a le médecin, y'a les médicaments, les infirmiers, je pourrais pas me soigner quoi. Avant je sais que ça n'aurait pas été possible donc là ben autant se soigner quoi. Et puis c'est...chiant, ça m'embête des fois, j'ai pas envie, je dis « ah là là, encore ! »*

NB : *En dehors du problème actuel, quand vous êtes malade, qu'est ce que vous faites ?*

P2 : *C'est-à-dire quand je suis malade ? (rires) J'ai pas trop bien saisi la question, j crois. Quand je suis malade, je reste au lit, je vous assure (rire)*

NB : *Ben si vous avez un petit problème de santé, que vous pensez devoir voir le médecin, vous allez où ?*

P2 : *Ah oui si j'ai un problème ouais je vais directement voir un médecin, parce que je sais pas exactement ce que je peux avoir, donc je préfère en parler pis on va me dire « ben c'est normal, c'est par rapport à des traitements, par rapport à autre chose ». Tout dépend.*

NB : *Donc vous allez consulter ?*

P2 : *Ah oui, oui, oui, je préfère, je laisse plus traîner. Auparavant, ben j'avais mon boulot et tout, j'ai toujours travaillé dans..., au niveau de la restauration et tout, donc c'était beaucoup plus les bars même on va dire, j'étais barman et je disais « ah ça attendra demain, ça attendra demain » quand j'avais un souci. J'ai toujours repoussé ... ben pis maintenant j'ai pas le choix donc il faut le faire même si ça m'emmerde.*

NB : *Et vous allez voir qui ?*

P2 : *Euh ben là à part ici euh, je vois personne d'autre mais je fais parvenir tous mes courriers de l'hôpital et tout ça, à deux médecins... de Lille. La personne qui m'a euh... ben qui m'a aidé pour arrêter les drogues, c'est le Dr R. et y'a le médecin c'est comment... madame C ! Et mon gastro-entérologue qui est à Béthune mais qui faisait des permanences au CITD de Lille, voilà c'est lui qui m'a suivi aussi pour l'hépatite. Mais il exerce à Béthune ! Je sais pas comme on m'a dit que le CITD, ça avait changé, c'était plus euh... c'était boulevard de Metz et maintenant c'est de l'autre côté... Enfin ça a changé d'endroit.*

NB : *Et vous avez un médecin traitant déclaré à la sécu ?*

P2 : *Oui, oui c'est Madame C... et le Dr R.. J'en ai 2. Dr R. d'ailleurs, il est même par ici, il est rue d'Arras. C. c'est plus vers chez moi, rue des postes, près du théâtre Sébastopol. Pas loin de là.*

NB : *Ça ce sont des médecins de ville ?*

P2 : *De ville, ouais. Et après je suis suivi ici et à l'hôpital mais là y'a trop de monde, je vais pas tout retenir, je vous assure.*

NB : *Donc avant d'être ici vous alliez voir vos docteurs en ville ?*

P2 : *Voilà j'ai fait des traitements en ville, et tout quoi*

Et c'est par ce que ça guérissait pas, enfin par rapport à la maladie, que je suis allé aux

urgences pour voir euh ce qui se passait. Donc on fait des examens et tout. Donc j'ai été au CHR, au service ... , je sais plus comment ils appellent ça et après du CHR je suis parti à Huriez. Et là c'était dans le service des maladies rares et là le médecin c'était... Dr B. je crois, oui c'est ça. Mais moi j'en sais toujours pas plus par rapport à ma maladie : « le pied de Charcot » ce qui est pas pareil que la maladie de Charcot ! Et...et je dis ben ouais mais moi je vais faire quoi ? Parce que ben travailler ? Ça m'embête moi !

NB : Vous avez l'impression de pas avoir eu les informations ou ...?

P2 : *Oui, à l'hôpital surtout. Pour avoir les informations, je sais pas pourquoi, comme s'ils m'expliquaient dans leur jargon à eux, moi je disais ben je préfère que vous simplifiez, que je comprenne vraiment ce que j'ai au pied pas euh...et ça a ne rien y comprendre.*

NB : Et quand vous alliez en consultation en ville, chez votre docteur, comment ça se passait ?

P2 : *Normalement, il me faisait... mon soin de pied et après je devais voir une infirmière pis euh... je voulais pas qu'elle aille chez moi. Insalubrité parce qu'en même temps bon voilà avec l'histoire de mon appartement, voilà je voulais pas qu'elle vienne là. Et c'est peut être pour ça que ça s'est pas guéri aussi vite, mon pied, par ce que c'était... complètement insalubre, reconnu et tout, par les personnes de la mairie, de la grande mairie de Lille, qui sont venues, qu'ont pris des photos, y'a eu euh... un courrier pour mon propriétaire, qui s'en lave les mains, on va dire. Donc son immeuble où j'habitais a été fermé là sur arrêté préfectoral.*

NB : Et vous avez dit que vous ne vouliez pas que l'infirmière vienne...

P2 : *Ben parce que j'étais... honteux quoi de montrer où je vivais et puis... lui il me disait toujours « je vais faire des travaux », des travaux. Puis quand j'ai vu qu'y avait plus d'étudiant ! Parce qu'il louait tout le temps à des étudiants, donc ça se renouvelait, tous les ans c'était d'autres personnes et là y'a eu personnes...Ben oui il pouvait pas de toutes façons.*

NB : Donc en fait quand on vous prescrivait les soins pour l'infirmière, ben vous ne la faisiez pas venir ou... ?

P2 : *Non ben je leur disais je le ferais moi-même, je savais comment faire mais eux ils auraient préféré que ce soit une infirmière.*

NB : Et vos médecins ils étaient au courant de vos conditions de vie ?

P2 : *Oui, oui, oui, ils savaient. Y'a que le docteur R, je l'avais plus ou moins perdu de vue, ça faisait trop loin pour moi marcher donc j'allais voir le Dr C. C'est elle qui m'a dit « Non, non Mr P., faut aller directement aux urgences, là y'a un truc qui va pas »*

NB : Est-ce que vous avez l'impression que le Dr C., elle prenait en compte vos conditions de vie pour adapter les soins ou ... ?

P2 : *Ben plus ou moins tout de même. Ben au début, c'était ELLE qui les faisait tous les matins. Pis après ben elle était occupé à autre chose, elle avait d'autre souci que moi quoi, on va dire. Donc c'est de là qu'elle m'a demandé qu'une infirmière vienne et j'ai, ben j'ai refusé, j'ai dit non, il est pas question qu'elle monte dans ce truc, dans ce taudis quoi, on va dire ça comme ça.*

NB : Et vos docteurs ils étaient au courant parce que vous leur avez dit ou.... Parce qu'ils ont posé la question ou ... ?

P2 : Ah non, non, non je disais rien, je préférais pas. Pourquoi ? Je sais pas pourquoi je voulais pas leur dire. Ben si Mme C., elle était au courant vu que c'est elle qui, qui m'avait envoyé pour aller à l'hôpital mais Dr R. ça fait des années que je l'ai pas revu pis là, il reçoit les courriers, ma sœur le voit donc il en parle avec ma sœur « j'ai reçu des courriers pour votre frère ». C'est moi qui ai demandé à ce que lui et plusieurs médecins reçoivent à chaque fois que je fais des examens, que les médecins, les derniers que j'ai eu, qui m'ont suivi pendant des années, qu'ils sachent quoi, ce qu'il en estJ'irai le voir, vu que c'est pas très loin d'ici si j'ai l'occasion, j'irai le voir. Parce que lui il travaille à la maison médicale de ...

NB : de Moulins

P2 : Oui voilà, ouais. Alors je me demandais pourquoi la maison médicale ? Parce qu'en fait y'a plein de médecins. Oui, je sais qu'y a sa fille qui est là aussi voilà. Pis y'avait d'autres médecins donc quand lui il était pas là, je voyais d'autre médecin. Je sais plus du tout les noms. Mr H. ? Mme euh... je sais plus comment elle s'appelait la médecin qui était là, donc quand il était en congé j'allais voir quelqu'un d'autre. Mais ils étaient tous au courant de ma situation, que c'était pour le Subutex°, pour l'hépatite...

NB : Donc ce que vous voulez dire c'est que c'est bien de voir toujours le même médecin ou bien quelqu'un qui connaît votre situation, c'est ça ?

P2 : Oui voilà je préfère, que ce soit quelqu'un... pour pas devoir toujours répéter la même chose. Oui parce que y'a des choses que je peux oublier quoi. Des choses dont je me souviens une fois que je suis chez moi, que j'arrive « j'aurais du dire ça, j'aurais du dire ça... » C'est pour ça c'est mieux de voir qu'une personne. Comme ici, c'est parfait, que ce soit F., l'infirmier ou le médecin qui est là comme ce matin, comme ça ben j'ai pas toujours à répéter la même chose. Parce que c'est ça, des fois j'oublie de dire des trucs.

NB : Ben oui, et pour revenir à ce dont on a parlé tout à l'heure ça vous semble normal que votre médecin il soit au courant de ...

P2 : de ..., de en général ? Oui, oui

NB : Pas que de la santé je veux dire

P2 : Non, non, tout. Ouais, ouais, je préfère justement comme c'est mon médecin pour moi, je trouve ça logique qu'il soit au courant de mes soins, de ce qui se passe, même ceux que je vois plus, comme voilà le Dr R., ben voilà je suis content qu'il ait des résultats et même s'il m'a pas vu depuis 2 ou 3 ans quoi. Mais voilà ...parce qu'il connaît très bien mon dossier, le parcours que j'ai eu au niveau tout... l'hépatite, du Sub', tout !

NB : Quand vous dites parcours, ça veut dire ...c'est la santé, ça veut dire votre situation de vie ... ?

P2 : Général, c'est général. Au niveau de la santé, ma situation, voilà c'est vraiment regroupé pour une même personne.

NB : ... Là vous avez quel projet après ici ?

P2 : Je sais pas justement, je sais pas. Je suis un peu perdu. Parce que je sais, y'a des métiers

je pourrais plus exercer. Ben je vais faire quoi ? Parce que j'ai quand même 46 ans, en plus, pas ... pas vraiment apprête à travailler dans certains domaines que j'aime. Ça je sais, on me l'a dit, je pourrais plus travailler comme barman, plus rester debout. Ben je peux plus avoir des situations prolongées, c'est-à-dire rester debout ou assis trop longtemps, donc il faut que je marche mais que je me repose le pied aussi. Donc c'est complexe quand même pour moi ça.

NB : Et en termes de votre suivi ? Une fois que vous serez plus ici, comment vous allez vous organiser ?

P2 : Ben là je sais que quand je quitte ici c'est pour aller dans une maison relais. Donc quand je quitte ici c'est pour aller dans une maison. Quand ? Je sais pas, ça peut être dans trois mois, ça peut être je sais pas dès qu'il y a peut être une place. J'avais déjà signé un contrat pour deux mois, qui doit être renouvelé, je sais pas pour combien de temps en attendant qu'on me trouve... une maison relais pour pas que je sois livré à moi-même à l'extérieur.

NB : ... Ça veut dire quoi livrer à vous-même ?

P2 : Ben pour pas que je me retrouve à la rue (rires) c'est ça que je veux dire. Je me vois mal partir d'ici et me retrouver SDF

NB : Vous avez plus de logement ?

P2 : Non, non j'ai plus de logement du tout. Ben je vous dis mais en plus toutes mes affaires elles sont encore là-bas. J'ai des vêtements, des papiers, une télé. C'était aménagé depuis des années, donc il faut..., ben si je peux récupérer quelque chose..., ce qui m'étonnerait fort ! C'est quand même des toxicos qui ont squatté l'immeuble et j'ai tout fait, appeler la police. Eux ce qu'ils voulaient en fait la police, c'est que j'aie auprès de chez moi que je regarde s'ils sont là et les appeler pour qu'ils se déplacent, un truc de fou, moi j'ai dit non, non, j'ai pas envie d'être tabassé. On m'a dit « Tu verras, tu vas pas t'y attendre, on va te mettre dans le trou vivant et on va t'enterrer vivant ! » J'ai flippé, je vous assure j'ai flippé. Mais la police, elle a pas agi du tout, donc je suis même allé avec la référente RSA, qui me suit bon, au commissariat de Vauban. Rien ne s'est fait de plus, ça fait quand même un an que ça traîne. Et c'est quand même des squatteurs, donc euh... moi j'étais quand même dans l'immeuble. Ben non sont toujours là.

NB : Ouais, donc là vous allez changer de logement. Et je reviens un peu en arrière, je sais plus si je vous ai demandé. Là avec la couverture, le fait d'avoir la CMU, ça change quoi pour vous ?

P2 : Ben je l'ai depuis toujours, enfin je l'ai depuis pas mal de temps la CMU. Ben ça permet surtout pour les soins, ben je dis par ce que sinon je pourrais pas me soigner, ça me coûterait trop cher ! Sans la CMU je me soigne pas, voilà c'est simple. C'est pour ça qu'ils ont fait une demande de MDPH... vu que... ben travailler : niet ! Je suis des fois perdu d'ailleurs par rapport à ça. Je sais pas ce qui va m'arriver après même si y a des suivis et tout. Une fois que je serais sorti d'ici y'aura toujours des soins à faire.

NB : Du coup là où vous allez aller y'aura pas de médecin ?

P2 : Ben je pense pas, je sais juste qui y'a... y'aura certainement une infirmière qui va devoir venir, enfin une ou un, venir faire mes soins. Je sais pas comment ça se passe justement, j'ai même pas posé la question. Mais certainement, parce que les soins je peux pas les faire moi-

même.

NB : Mais vous allez devoir reprendre le suivi...

P2 : J'ai aucune idée par rapport à tout ça, on m'a dit chaque chose en son temps mais des fois je dis « Ouais mais j'ai l'impression que ça bouge pas ! »

NB : Ca fait longtemps que vous êtes ici ?

P2 : Non y'a... je suis arrivé y'a trois quatre mois seulement, moui donc ça doit faire deux moi et demi trois mois a peu près.... Déjà je suis tombé de haut de me retrouver ici, jamais j'aurais pensé aller dans un foyer donc faut s'adapter quand même. Même si j'ai eu l'habitude de toujours parler en étant dans un bar, ben voilà le contact il est plus facile que quelqu'un qui débarque vraiment et qui a jamais eu vraiment de contact avec plein de monde mais voilà ici c'est vraiment tous des personnes particulières, voilà ils ont tous leurs soucis et tout et j'étais vraiment perdu quand je suis arrivé, je dois vous le dire.

NB : Ouais c'est la première fois que vous étiez dans...

P2 : Ouais quand je suis arrivé ici, j'ai dit : « Je comprends pas, je comprends pas. J'en suis arrivé là ! » Maintenant j'ai pas eu le choix de toute, façon c'est parce que j'ai pas eu le choix sinon ça aurait pu être autrement, voilà je sais pas, je sais vraiment pas.

NB : Vous diriez que vos conditions de vie elles ont influé sur votre santé ?

P2 : Je pense. C'est même hum... c'est par rapport à ça qu'il y a eu ces soucis avec le pied, sinon si j'avais pas eu les même conditions de vie, ça aurait été p'tet un appart clean, comme on dit, pas dans l'état où il est ; mon pied l'aurait p'tet guéri plus vite ? Parce que moi j'ai beau nettoyé chez moi aussi si tout le reste est pas clean ça sert a rien. Puis comme on vit pas tout seul dans ces cas là, partager la cuisine, la douche, les toilettes avec une autre personne, des petites chambres non meublées mais cuisine, toilettes et douches c'est en commun avec la personne qu'est dans la chambre à coté. Je vais pas me plaindre tous les étudiants que j'ai eu là, je m'entendais super bien avec eux que ce soit fille ou garçon. Je m'entendais toujours super bien. Mais après comme il pouvait plus louer, y'avait plus personne j'étais le seul dans l'immeuble. Donc ils étaient quand même normalement six étudiants et une personne qui habitait au rez-de-chaussée, tout le rez-de-chaussée, qui est partie aussi, parce que y'avait eu un dégât des eaux donc l'appartement du bas il était vraiment plus à louer.

NB : D'accord.

P2 : Et ouais c'est compliqué,

NB : J'aurais une dernière petite question puis je vous laisse tranquille. Pour vous, enfin comment vous voyez le médecin généraliste de ville ? Qu'est ce que ça représente pour vous ?

P2 : Ben pour moi, il est important, si je vais pas bien je sais que je peux aller le voir vu qu'il connaît tous mes problèmes, on va dire. Ils sont là pour aider, ils sont là pour aider. Franchement, si y'avait pas tous les médecins, infirmiers, j'aurais pu finir SDF. Je me pose la question, SDF, ben la je pète un câble, je le sais. Vivre dehors, je pourrais pas.

NB : Parce que là vous voulez dire c'est les soignants qui ont un peu tiré la sonnette d'alarme ou ?

P2 : Ben plus ou moins, plus ou moins, s'il y avait pas eu tout le personnel des hôpitaux et tout, vous savez quand on va à l'hôpital on a un papier à remplir, si on veut bien, pour répondre ce qui va ce qui va pas, franchement j'avais rien à redire sur le personnel parce que pour moi, toujours je demandais quelque chose je l'avais, il me faisait pas poireauter deux heures..., dès qu'ils pouvaient rendre service ils sont là tout de même que ce soit la nuit ou le jour. C'est pour ça je leur tire mon chapeau parce qu'ils passent du temps quand même avec toutes les personnes malades, y'a pas que mon cas à moi, y'a d'autres choses. Ouais elles sont quand même toutes gentilles. Ça c'est quelque chose que j'apprécie franchement dans les hôpitaux, je trouve qu'on est bien... comment je vais dire ça... bien soutenu !

NB : Est-ce que vous avez d'autre chose à rajouter ?

P2 : Non. Non, pas spécialement

NB : Bon ben je vous remercie de m'avoir accordé quelques minutes.

Annexe 6 : Déclaration de confidentialité

Déclaration de confidentialité

UNIVERSITE DE LILLE 2- DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE « HENRI WAREMBOURG »

Département de Médecine Générale

Madame, Monsieur,

Mademoiselle Nounja BALLIDAN participe en qualité d'Interne en Médecine générale au développement de l'activité de recherche en soins primaires du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Lille. C'est à ce titre que vous la rencontrez aujourd'hui pour un entretien.

Cet entretien devrait durer environ une demi-heure et portera sur un sujet pour lequel nous ne pouvons rien vous dire afin de garantir la spontanéité de votre discours. Tout ce que nous sommes en droit de révéler est que **cet entretien sera totalement confidentiel**. Cet entretien sera intégralement retranscrit à partir de son enregistrement et anonymisé.

L'interne qui vous rencontrera est tenu au secret de la recherche et ne pourra en aucun cas divulguer nominalement vos propos. Nous vous remercions donc pour votre collaboration et l'accueil que vous réservez à notre jeune collègue.

Veuillez agréer, chère Madame, cher Monsieur, nos sincères salutations.

Dr Raymond Glantenet
Professeur de Médecine Générale
Directeur du Département de Médecine Générale

Dr Alice MATHIEU
Directeur de thèse

Nounja BALLIDAN

AUTEUR : Nom : BALLIDAN

Prénom : Nounja

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 entretiens semi-dirigés auprès de patients en accueils de jour et centres d'hébergement du Nord.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : Thèse d'exercice

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : précarité, pauvreté, soins primaires, médecin généraliste, inégalités sociales de santé

Contexte: Les inégalités sociales de santé sont connues depuis plusieurs années mais leur mesure reste difficile. Les politiques sociales françaises ont concentré leurs efforts sur la levée du frein financier mais les cadres vivent toujours plus vieux que les ouvriers. Le médecin généraliste (MG) est témoin des différences sociales de par les motifs de consultations et la nécessité d'adapter le parcours de soin.

Objectif : L'objectif de ce travail était de décrire le rôle que les patients précaires attribuaient au MG dans leur parcours de soins.

Méthode: Quinze entretiens individuels ont été menés auprès de patients en accueils de jour et centres d'hébergement du Nord. Ils ont été analysés qualitativement, par une double lecture selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats : Les patients disent avoir un bon accès au MG, qu'ils reconnaissent comme le pivot de leur parcours de soins. La plupart ont un médecin traitant. Ils privilégient ses compétences humaines et remettent rarement en cause ses compétences biomédicales. Conscients de l'impact de leurs conditions de vie sur leur santé, ils abordent rarement le sujet avec leur MG, qui selon eux devrait poser la question. L'accès aux soins secondaires est bon à l'exception des soins dentaires, de l'optique et des soins avec dépassements d'honoraires. Devant un quotidien difficile, la santé n'est pas toujours une priorité. La santé perçue par le patient est parfois différente de celle évaluée par le médecin. Les patients interrogés ont un parcours de soins à l'image de leur vie : marqué de ruptures. Ils ont pourtant de réels besoins en soin. La souffrance morale est un motif de consultation fréquent. Ils font rarement une demande spontanée d'acte de prévention mais en comprennent l'intérêt.

Conclusion : Recueillir et consigner systématiquement les caractéristiques sociales de tous les patients, les considérer comme de véritables facteurs de risque est primordial. Comme pour n'importe quel autre patient, le MG est au centre du parcours de soins des personnes précaires mais l'éducation au corps et à la santé et la promotion des actes de prévention doivent être accrues dans cette population.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Assesseurs : Pr Jean-Marc LEFEBVRE, Dr Denis DELEPLANQUE,

Dr Caroline DE PAUW, Dr Alice MATHIEU