



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Approche du patient en situation de précarité en médecine générale
Place des structures sociales et associatives sur le territoire roubaisien

Présentée et soutenue publiquement le 7 Juillet 2016 à 18H
Au Pôle Formation
Par Karina Boudaoud-Chebrek

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Benoît DERVAUX

Monsieur le Professeur Jean-Marc LEFEBVRE

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Madame le Docteur Brigitte AELBRECHT

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Dany DELBERGHE

Avertissement

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

« C'est marrant, il y a un truc qui m'a complètement frappé – je le dis souvent à mes internes, dans « La vie est un long fleuve tranquille », il y a le médecin qui dit : «Groseille, le Quesnoy, ils ne partent pas avec la même chance dans la vie les Jésus». Et ça c'est une phrase qui est mais vraiment vraie. Combien de fois j'y pense, quand je vois un bébé, je vois les parents, je dis : « Eh bé, si tu t'en sors toi... t'as du bol !». »

Doc. 11

Liste des abréviations

AEMO	Action éducative en milieu ouvert
AFAD	Association Familiale d'Aide à Domicile
AME	Aide Médicale d'État
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMP	Centre Médico Psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
COMPAS	Centre d'Observation et de Mesure des Politiques d'Action Sociale
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DSS	Déterminants Sociaux de Santé
GRAAL	Groupe de Recherche pour l'Aide et l'Accès au Logement
ICM	Indice Comparatif de Mortalité
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
ISS	Inégalités Sociales de Santé
MG	Médecin Généraliste
MSF	Médecin Sans Frontière
MSL	Médecin Solidarité Lille
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RSA	Revenu de Solidarité Active
SIAVIC	Service Intercommunal d'Aide aux Victimes
SP	Soins Primaires
TCC	Thérapie Cognitive et comportementale
WONCA	World Organization of Family Doctors

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Précarité et santé	2
A. Précarité.....	2
B. Inégalités sociales de santé (ISS).....	2
II. Réduire les ISS.....	3
III. Le territoire roubaisien.....	4
IV. Objectifs de recherche	5
Matériels et méthodes	6
I. Choix de la méthode.....	6
II. Recueil des données.....	6
A. Période de recueil	6
B. Modalités pratiques	6
C. Procédure de recrutement.....	7
D. Guide d'entretiens	8
III. Analyse des données.....	8
A. Retranscription.....	8
B. Codage et analyse	9
C. Saturation des données.....	9
Résultats	10
I. Description de l'échantillon.....	10
A. Genre	10
B. Nombre d'années d'exercice à Roubaix	10
C. Mode d'exercice	11
D. Formations complémentaires	11
E. Motifs de leur installation à Roubaix	11
F. Synthèse	12
II. Description du patient en situation de précarité.....	13
A. Les facteurs de précarité	13
B. Retentissement sur la santé	17
C. Synthèse	20
III. Une approche globale	21
A. Abord du problème médical	21
B. Considération de la situation de précarité.....	25
C. Synthèse	31
IV. Une prise en charge adaptée.....	32
A. Une consultation particulière	32
B. Une orientation spécifique	38
C. Synthèse	44
V. Des pistes pour faciliter la prise en charge	45
A. Interagir avec le monde social	45
B. Adapter l'organisation des soins	47
C. Agir sur le patient.....	49

Discussion	50
I. Forces et faiblesses de l'étude	50
II. Comparaison à la littérature	51
A. Précarité et inégalités sociales de santé	51
B. Caractéristiques de la prise en charge	52
C. Collaboration médico-sociale.....	55
III. La pluridisciplinarité : un atout majeur	56
IV. Intérêt d'une action locale de santé.....	56
Conclusion.....	57
Références bibliographiques.....	58
Annexes	61
Annexe 1 : Guide d'entretiens	61
Annexe 2 : Exemple d'entretien	63

RESUME

Contexte : Pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ISS) qui progressent, les politiques publiques attribuent au médecin généraliste un rôle privilégié. A Roubaix, le taux de pauvreté est trois fois supérieur à la moyenne nationale. Comment sur ce territoire les médecins généralistes organisent leurs soins autour du patient en situation de précarité ?

Objectif et méthode: Pour décrire les spécificités de la prise en charge des patients les plus fragiles, nous avons réalisé une étude qualitative auprès des médecins généralistes installés sur le territoire roubaisien. Treize entretiens individuels semi-dirigés ont été menés entre février et mai 2016. Leur retranscription intégrale a permis une analyse thématique des données.

Résultats : L'expertise dont les médecins interrogés ont fait preuve, en décrivant avec précision les caractéristiques des patients en situation de précarité, a confirmé la place de choix qu'ils occupent dans la lutte contre les ISS. Ils considéraient le patient dans sa globalité, mettant en œuvre des stratégies pour contourner et parfois solutionner des difficultés psycho-sociales. Si leur capacité à mobiliser une écoute empathique et une attitude bienveillante était indéniable, le recours au secteur social pour enrichir cette prise en charge était trop souvent limité. En effet, la complexité apparente et le manque d'information concernant ce secteur constituaient des freins aux interactions médico-sociales. Au contraire, leur implantation locale ainsi qu'une connaissance personnalisée des travailleurs sociaux en étaient les leviers.

Conclusion : Une meilleure organisation de la pluridisciplinarité en soins primaires est nécessaire. A l'échelle locale, une collaboration médico-sociale construite permettrait d'apporter des réponses adaptées aux problématiques de santé liées à la précarité.

INTRODUCTION

I. Précarité et santé

A. Précarité

Le haut comité de santé publique définit, en 1996, la précarité comme : *le résultat d'un enchaînement d'évènements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* (1).

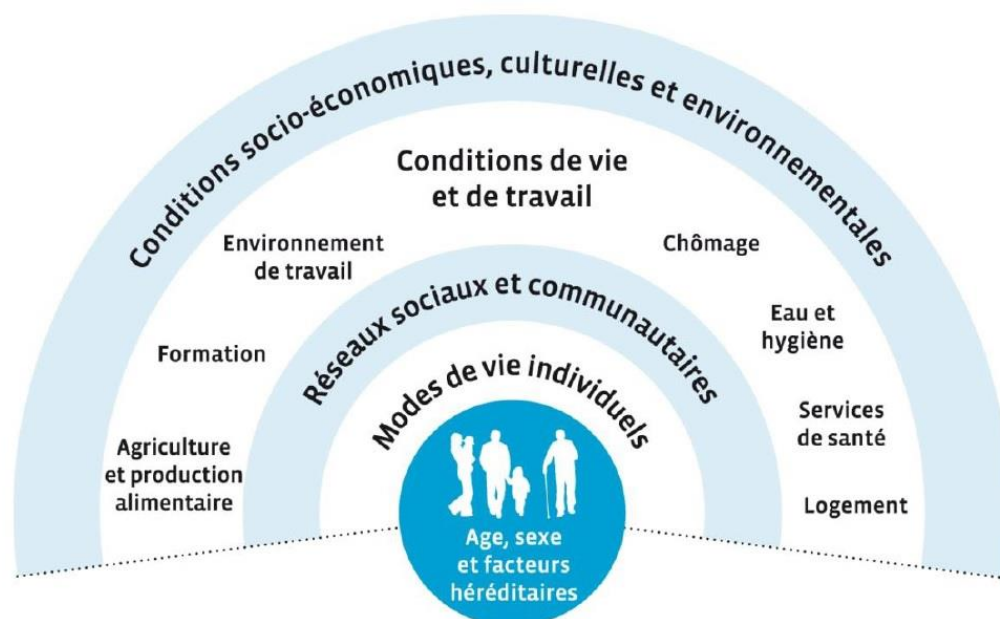
Souvent galvaudé, ce terme a retrouvé tout son sens grâce aux nombreuses études dont il a fait l'objet ces dernières années. La précarité est désormais définie comme un concept dynamique et complexe, créant avant tout une *insécurité* (2)(3). Elle peut toucher toutes les catégories socio-professionnelles, être transitoire ou perdurer, se manifester par une ou plusieurs fragilités. Dans sa forme extrême la précarité devient pauvreté et affaiblit considérablement l'autonomie de la personne.

B. Inégalités sociales de santé (ISS)

Plusieurs travaux mettent en évidence une altération statistiquement significative de la santé chez les patients en situation de précarité (4)(5). Par exemple, l'un d'entre eux établit qu'après 60 ans, les ouvriers déclarent deux fois plus souvent des incapacités et deux fois plus de difficultés pour rester autonomes dans les activités du quotidien que les cadres (6). Cette perte de chance *inacceptable et potentiellement évitable*, considérée comme *inéquitable et injuste* définit la notion d'inégalités sociales de santé (7).

Plus encore que par la précarité, les ISS sont causées par ce que l'OMS a nommé les « déterminants sociaux de la santé » (DSS). Il s'agit des conditions dans lesquelles l'Homme évolue au cours de sa vie et qui ont un impact sur sa santé. Les choix politiques ont le pouvoir d'influencer certains de ces DSS (8).

Figure 1 : Les déterminants sociaux de la santé selon l'OMS



Dahlgren, G. (1995) European Health Policy Conference: Opportunities for the Future. Vol. 11- Intersectoral Action for Health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe

II. Réduire les ISS

Bien que la France ait joué un rôle pionnier dans la définition de ces inégalités¹, le sujet a longtemps été boudé par nos chercheurs (9). Ce n'est qu'au début des années 2000, que le Haut Comité de santé Publique et l'Académie nationale de médecine, publient des rapports officiels qui font de la lutte contre les ISS un enjeu de taille (10)(11). Dès lors, les travaux se sont multipliés, révélant un fossé grandissant entre les populations fragiles et les plus favorisées.

¹ Dans leur article, P. Aiach et D. Fassin (INSERM) citent les travaux de Villerméen en 1828 et 1840, de Penot en 1828 et de Benoiston et Châteauneuf en 1830.

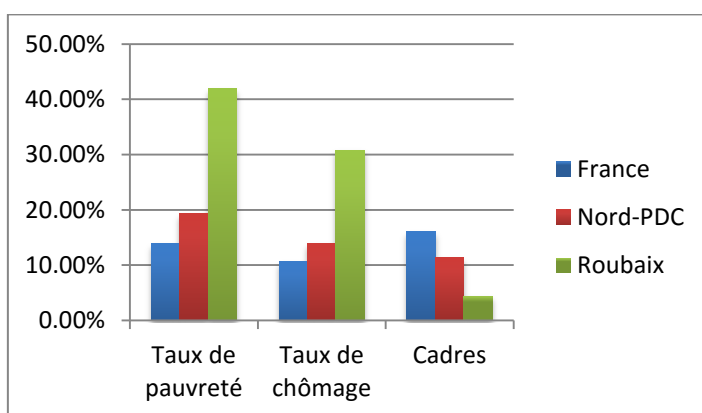
Depuis 2004², la lutte contre les ISS a pris une place de choix dans les politiques de santé publique. Les réformes de santé les ont placées au cœur de leurs préoccupations. C'est dans cet objectif que le médecin généraliste est devenu « médecin référent » et que l'idée d'un parcours de soins coordonné est née. Les soins s'organisent désormais autour du médecin de proximité, dont le rôle de coordonnateur se déploie (12).

Le médecin généraliste est ainsi considéré comme acteur dans la lutte contre les ISS. Mais en a-t-il les moyens ? Comment réagit-il quand il est confronté à une situation de précarité retentissant sur la santé de son patient ?

III. Le territoire roubaisien

En 2014, le COMPAS publie, pour la deuxième fois, le taux de pauvreté des cent plus grandes villes de France (13). Roubaix est une fois de plus en tête du classement avec un taux de pauvreté³ estimé à 45% pour l'année 2011. L'INSEE confirme ce taux record, l'estimant à 42% pour l'année 2012. Les données révèlent, entre autres, que le taux chômage y est très élevé (30,8%), et que les cadres et professions intellectuelles supérieures y sont sous-représentées (4,4%) (14).

Figure 2 : *Indices statistiques de Roubaix en 2012, en comparaison aux indices nationaux et régionaux. Source : INSEE.*



² Le 9 août 2004 est adoptée la loi relative à la politique de Santé Publique.

³ En France le taux de pauvreté correspond au pourcentage d'individus percevant moins de 60% du revenu médian national, 977 euros en 2011.

Ces déterminants sociaux ont une influence sur l'état de santé des habitants. La zone de proximité Roubaix-Tourcoing, définie par l'ARS, enregistre un indice comparatif de mortalité⁴ significativement élevé : 117,5 ($p < 0,001$). Ce territoire est ainsi classé au rang 280 sur 304 des zones de proximité du Nord-Pas-de-Calais, région souffrant déjà d'un taux de mortalité le plus élevé en France. (15)

Cent trois médecins généralistes sont installés à Roubaix. Comment considèrent-ils ces données dans leur pratique ?

IV. Objectifs de recherche

Le territoire roubaisien concentre de nombreuses difficultés. Les indicateurs de santé dont l'ICM reflètent les inégalités sociales de santé qui en découlent.

Depuis plus d'une décennie, les politiques de santé œuvrent à rétablir une équité en santé en accordant, entre autre, un rôle particulier au médecin généraliste.

L'objectif principal de notre étude sera de décrire les spécificités de la prise en charge en médecine générale du patient en situation de précarité. L'objectif secondaire sera de déterminer la place qu'occupent les structures sociales et associatives dans cette prise en charge.

⁴ L'indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès observés sur le territoire et le nombre de décès attendus. Lorsque l'indice est supérieur à 100, la mortalité est supérieure à la moyenne française. L'ICM mentionné concerne les mortalités toutes causes confondues entre 2008 et 2011.

MATERIELS ET METHODES

I. Choix de la méthode

La situation de précarité a une influence sur la santé des individus. Il s'agit d'un facteur de risque peu évoqué dans la formation des médecins généralistes. La réponse que les praticiens apportent à cette complexité ne fait l'objet d'aucun protocole. Leur attitude est définie davantage par leur vécu et leur expérience que par des données quantifiables. Pour explorer les déterminants de leur prise en charge, la méthode qualitative s'impose donc comme étant la plus adaptée. Pour certains d'entre eux, les interrogations concernant leur pratique peuvent être déconcertantes. En cela le recueil des données en entretien individuel, garant de l'anonymat, permet une parole plus libre.

II. Recueil des données

A. Période de recueil

Les entretiens se sont déroulés entre février et mai 2016.

B. Modalités pratiques

Le lieu de la rencontre était laissé à la convenance des praticiens interrogés. Le cabinet dans lequel ils exerçaient était l'endroit plébiscité par tous les participants.

Avant chaque entretien les participants étaient informés de l'enregistrement des échanges. L'anonymat ainsi que l'utilisation des données en retranscription intégrale à des seules fins de recherche étaient garantis.

L'enregistrement des données s'est fait à l'aide d'un dictaphone.

C. Procédure de recrutement

Le recrutement des participants s'est fait par échantillonnage raisonné.

Les critères d'inclusion étaient :

- Médecin généraliste
- Installé
- Exerçant sur le territoire roubaisien

Les critères d'exclusion étaient :

- Médecin généraliste remplaçant
- Refus de participation

Le critère « installation » assurait une présence régulière du participant sur le même territoire. Dans notre hypothèse, c'était une condition nécessaire à l'appréhension des patients dans leur globalité et à l'élaboration de relations avec les partenaires sociaux.

La liste des médecins généralistes installés à Roubaix a été établie en concertation avec le directeur de thèse, et après consultation du site internet « Pages Jaunes ». Les participants étaient choisis en fonction du lieu d'exercice, afin d'obtenir une représentativité de l'ensemble du territoire.

Un premier contact téléphonique était établi. Au cours de cet appel l'enquêtrice annonçait le thème de l'enquête : « patient en situation de précarité et médecine générale à Roubaix », ainsi que les modalités du recueil de données.

D. Guide d'entretiens

Les entretiens étaient semi-directifs. L'alternance de questions ouvertes et fermées permettait d'ouvrir le champ des possibles à l'interviewé, tout en conservant le cadre de nos objectifs.

Un guide d'entretien (annexe n°1) a été élaboré selon une technique ancrée. Il a fait l'objet d'essai préalable auprès d'un Béta testeur. Son contenu a été enrichi tout au long de l'enquête. Sa version finale se divise en six volets. Pour chacun d'entre eux un objectif a été défini :

- Définition du profil du participant : homme ou femme, nombre d'années d'exercice sur le territoire, mode d'exercice (libéral exclusif ou mixte), formations complémentaires.
- Evaluation du retentissement des situations de précarité sur la santé.
- Evaluation du retentissement des situations de précarité sur l'accès aux soins.
- Recherche des particularités du temps de la consultation, et de la prise en charge.
- Evaluation de la connaissance du territoire et du recours au réseau social et associatif.
- Perspectives d'amélioration : recherche d'outils ou ressources nécessaires à une prise en charge optimale des patients en situation de précarité.

III. Analyse des données

A. Retranscription

La retranscription de chaque entretien a été faite mot à mot, à l'aide de la fonction Libre Office du logiciel Nvivo.

Les médecins interrogés sont dénommés « Doc » suivi de l'ordre dans lequel ils ont été interrogés (Doc 1, Doc 2, Doc 3...).

Pour préserver l'anonymat, les noms de rue et les prénoms mentionnés lors des entretiens ont été modifiés.

B. Codage et analyse

Le codage axial de chaque verbatim était réalisé immédiatement après retranscription à l'aide du logiciel NVivo 10. L'émergence de nouvelles hypothèses permettait d'enrichir le guide d'entretien.

Un second chercheur a codé de la même manière, et indépendamment, nous permettant d'obtenir une triangulation des données.

L'analyse thématique était réalisée et repensée par le chercheur tout au long du processus de recherche.

C. Saturation des données

Un entretien qui n'apportait aucun nouveau code faisait envisager la saturation des données.

Parmi les 18 médecins contactés, un seul a refusé par faute de temps. Quatre requêtes sont restées sans réponse (médecin injoignable ou enquêtrice non recontactée).

Au total, treize entretiens ont été réalisés. Les douze premiers ont permis d'arriver à saturation des données, le dernier l'a confirmée.

RESULTATS

I. Description de l'échantillon

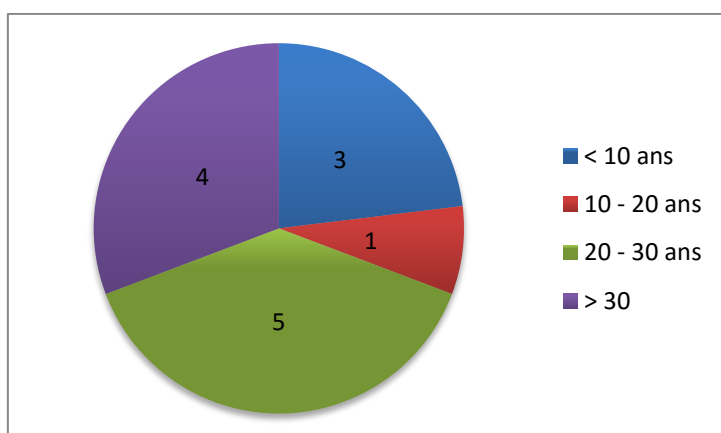
A. Genre

Parmi les 13 médecins généralistes interrogés, 7 étaient des femmes, 6 étaient des hommes.

B. Nombre d'années d'exercice à Roubaix

Concernant le nombre d'année d'exercice sur le territoire roubaisien, trois catégories se distinguaient : les médecins installés depuis moins de 20 ans, depuis 20 à 30 ans et depuis plus de 30 ans.

Figure 3 : Répartition des MG en fonction du nombre d'années d'exercice à Roubaix



C. Mode d'exercice

Onze médecins sur treize avaient une activité exclusivement libérale. Un médecin était vacataire en PMI pour les Bilans de 4 ans. Un médecin était vacataire à la « Maison de santé »⁵ où il prenait des gardes et astreintes le soir et les week-end. À noter qu'un médecin avait déjà fait l'expérience du salariat : vacations en PMI et à la « Maison de santé ». Elle exerçait désormais en libéral exclusivement.

D. Formations complémentaires

Cinq médecins avaient une formation complémentaire. Aucune n'était spécifique à la précarité. Néanmoins, elles avaient un lien avec les situations de précarité dans tous les cas: Addictologie, Gestion du stress et anxiété, Thérapie cognitive et comportementale, Hypnose, Personnes âgées.

E. Motifs de leur installation à Roubaix

Pour certains médecins généralistes, exercer à Roubaix dans des quartiers populaires était un choix. Parfois même, une forme d'engagement, une façon de concevoir le métier. Certains ont déclaré se sentir *utiles* auprès de ces populations.

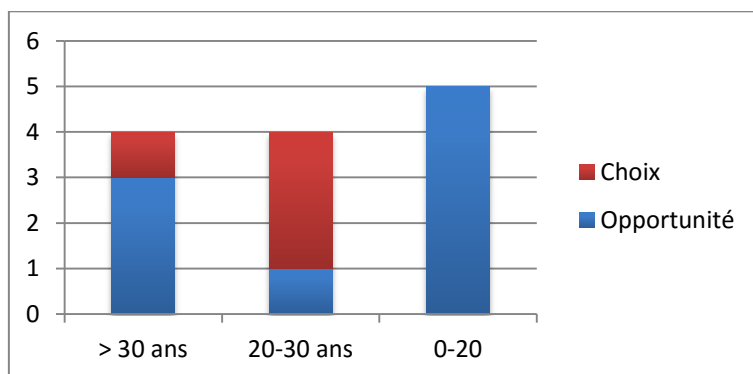
Tableau 1 : Motifs de leur installation à Roubaix

Codes	Références
Choix	<p><i>Doc 6 : Oui et non c'était une opportunité et ensuite un choix, j'avais envie de plutôt travailler à Roubaix qu'à Marcq-en-Baroeul par exemple dans les quartiers chics. - Pour quelle raison ? - Le côté social qui m'intéressait.</i></p> <p><i>Doc 11 : Tout à fait oui. Je voulais créer, d'une part, ça c'était une chose, pourquoi pas à Roubaix ensuite, et pourquoi pas dans un quartier populaire oui tout à fait. Oui c'était un choix.</i></p>
Opportunité	<p><i>Doc 7 : Je sais que Roubaix est l'une des villes les plus pauvres de France mais je ne me suis pas installée en me disant je m'installe dans l'un des quartiers les plus pauvres de France.</i></p>

⁵ « La maison de santé » est une structure qui fait face à l'Hôpital public. Elle est dédiée aux urgences médico-sociales. Ouverte les soirs et week-end, des médecins généralistes roubaisiens y assurent la permanence des soins en collaboration avec un travailleur social.

Si l'on considère ce facteur en fonction du nombre d'années d'exercice, on remarque que, dans notre échantillon, aucun médecin ne s'est installé par choix depuis au moins 20 ans.

Figure 4 : Motifs d'installation à Roubaix en fonction du nombre d'années d'exercices



F. Synthèse

Tableau 2 : Description de l'échantillon

	Genre	Exerce à Roubaix	Motif d'installation	Mode d'exercice	Formations complémentaires
Doc 1	F	> 30 ans	Opportunité	Libéral	-
Doc 2	F	10-20 ans	Opportunité	Libéral	-
Doc 3	M	20-30 ans	Opportunité	Libéral	-
Doc 4	M	> 30 ans	Opportunité	Mixte	Addictologie
Doc 5	F	20-30 ans	Choix	Libéral	-
Doc 6	F	20-30 ans	Choix	Libéral	Gestion du stress et anxiété
Doc 7	F	< 10 ans	Opportunité	Libéral	-
Doc 8	M	< 10 ans	Opportunité	Mixte	TCC
Doc 9	M	> 30 ans	Opportunité	Libéral	Hypnose, Sport, Expertises
Doc 10	M	20-30 ans	Opportunité	Libéral	-
Doc 11	M	>30 ans	Choix	Libéral	Personnes âgées, Homéopathie
Doc 12	F	20-30 ans	Choix	Libéral (Mixte auparavant)	-
Doc 13	F	<10 ans	Opportunité	Libéral	-

II. Description du patient en situation de précarité

Pour l'ensemble des médecins interrogés, précarité ne signifiait pas uniquement difficulté économique. Ils ont identifié d'autres situations pouvant fragiliser le patient : ce sont les facteurs de précarités. Par ailleurs, il était évident pour eux que ces situations avaient un retentissement sur la santé de leur patient.

A. Les facteurs de précarité

1. La situation économique

La difficulté financière voire la pauvreté représentait la plus évidente des précarités. En premier lieu, la grande majorité des praticiens a associé « patient précaire » à « bénéficiaire d'aides de l'état ». Ils ont ajouté qu'ils pouvaient être confrontés à des situations « intermédiaires », ils ont cité les travailleurs pauvres et les retraités. Certains considéraient ces situations comme plus précaires encore, en raison des difficultés, pour ces patients, à payer une complémentaire santé.

Tableau 3 : Composants d'une situation économique précaire

Codes	Références
Bénéficiaire d'aides de l'état	<i>Doc 11 : Eh bien ce sont des gens qui vivent uniquement des aides publiques quoi. Ce sont des gens qui n'ont que le RSA... qui ont évidemment la CMU.</i>
Travailleurs pauvres	<i>Doc 9 : Par exemple ils vivent en couple, y'en a un seul qui travaille, ils ont assez de revenus entre guillemet pour ne pas avoir accès à la CMU mais ils ne s'en sortent pas... Le loyer, l'électricité, le téléphone, la scolarité des enfants même s'ils doivent en rajouter un petit peu...</i>
Retraités	<i>Doc 12 : Ça j'ai envie de dire c'est presque encore plus pour moi de la précarité quoi. Les petites gens qui font leur train-train quotidien ou les retraités qui n'ont pas grand-chose et qu'il faut envoyer à l'hôpital parce qu'ils n'ont d'autres moyens, d'autres ressources quoi.</i>

2. La situation sociale

Trois composants de la vie sociale ont été évoqués : le lien social, le logement et l'emploi. L'absence de lien social induit l'isolement, et peut « précariser » une

personne. L'habitat insalubre ou les conditions de vie inadaptées au contexte familial constituent une situation de précarité. Enfin, l'emploi était de nombreuses fois décrit comme le pilier de la vie sociale. Sans lui pouvaient se manifester difficultés financières, mauvaises conditions de logement et isolement social.

Tableau 4 : Composants d'une situation sociale précaire

Codes	Références
Isolement	<i>Doc 8 : Y'a le côté, c'est ça peut être social hein. Les gens qui n'ont pas de soutiens sociaux. Par exemple j'ai des gens parfois y'a personne pour venir réparer une prise chez eux, y'a un coup de tournevis à mettre, et puis ben non... (...) Donc ça c'est (rire) plutôt une précarité, on va dire sociale.</i>
Conditions de vie inadaptées	<i>Doc 5 : une précarité de logement, (...) une précarité sociale parce qu'il y a des gens qui sont à la limite de l'intégration sociale voire... même pas SDF, mais pas loin quoi ! Des gens qui vivent dans des petits logements au dessus de cafés, des choses comme ça.</i>
Emploi	<i>Doc 13 : la situation sociale, en particulier l'emploi je pense que ça conditionne vraiment la stabilité du patient, y'en a qui refusent les arrêts de travail même si c'est nécessaire parce qu'ils ont peur de pas être renouvelés.</i>

3. La situation familiale

Les conflits familiaux ont d'abord été décrits comme la conséquence des situations économiques et sociales difficiles. Mais ils étaient parfois à l'origine de précarité. Certains médecins ont identifié le statut de parent isolé ou famille recomposée comme étant une situation de précarité.

Tableau 5 : Composants d'une situation familiale précaire

Codes	Références
Conflits familiaux	<i>Doc 9: (...) et puis inversement hein, le burn out au travail peut donner des répercussions familiales.</i> <i>Doc 8: Ou alors au contraire ils sont... y'a un noyau familial mais qui est assez dysfonctionnel et qui est indépassable. Donc on reste coincé à l'intérieur du système et comme le système n'est pas aidant, et qu'on n'a pas le droit d'en sortir, c'est pas facile (rire).</i>
Parent isolé – famille recomposée	<i>Doc 11: les mères isolées oui, ça il y en a beaucoup. Des familles « re re constituées », avec autant de noms que d'enfants. Ça ça arrive souvent.</i>

4. L'état de santé

Quelques médecins ont évoqué les maladies chroniques et les longues maladies (troubles musculo-squelettiques, cancer, troubles psychologiques, addictions...). Selon eux, ces pathologies causaient des difficultés d'accès à l'emploi, des difficultés économiques et un isolement social. Ils ont cité le cas particulier des personnes âgées pour lesquelles la dépendance constituait une véritable fragilité.

Tableau 6 : Composants d'un état de santé précaire

Codes	Références
Longues maladies	<i>Doc 6 : Ben les longues maladies, ils sont en arrêts de travail au long court avec un salaire qui se réduit comme une peau de chagrin et pas beaucoup de recours...</i>
Dépendance	<i>Doc 8 : précarité physique aussi on peut dire, pour les personnes plus âgées, la dépendance.</i>

5. Le niveau culturel

Le faible niveau d'étude et l'illettrisme ont été mentionnés comme facteurs de précarité. D'une part il est difficile pour ces patients de réaliser les démarches permettant l'accès aux soins, souvent complexes. D'autre part ils induisent problèmes de compréhension et difficultés à intégrer les enjeux liés à la santé.

Tableau 7 : Composants d'un niveau culturel précaire

Codes	Références
Illettrisme	<i>Doc 3: on a des personnes aussi qui sont limitées au niveau intellectuel, qui ne font pas les démarches parce qu'ils ne savent pas lire, écrire, des choses comme ça...</i>
Compréhension	<i>Doc 5: ils ne comprennent pas toujours tous les enjeux, ils mettent du temps pour venir consulter sur des choses qui peuvent être graves voilà.</i>

6. Les patients étrangers

La barrière de la langue, les difficultés d'intégration, et pour certains l'absence de droits ouverts étaient les trois facteurs de précarité mentionnés pour cette catégorie de patients. Ils étaient à l'origine de difficultés économiques et sociales (isolement, difficultés d'intégration, difficultés d'accès aux soins et aux produits de premières nécessités). A noter que ces difficultés étaient évoquées pour les populations Roms ou les primo-arrivants.

Tableau 8 : Composants de la précarité chez un patient étranger

Codes	Références
Barrière de la langue	<i>Doc 8 : Et moi je lui dis : mais avec qui vous parlez? Y'a personne dans votre entourage qui peut dans votre langue vous expliquer « ah ben si on peut faire ceci?» - "oh non" et ça fait six mois que ça dure, et ils n'ont jamais vu personne qui pouvait les aider.</i>
Difficultés d'intégration	<i>Doc 6 : bon souvent, vu la situation à Roubaix, souvent des patients qui viennent de l'étranger, qui sont pas bien intégrés, qui le vivent très mal psychologiquement.</i>
Absence de droit ouvert	<i>Doc 4 : c'est une famille étrangère qui est venue directement d'un pays africain et on leur a donné un logement mais on ne s'est absolument pas occupé de mettre en place une aide médicale. Et il y a un des enfants qui a une maladie de Duchenne de Boulogne, et qui pour l'instant n'est toujours pas pris en charge.</i>

7. L'imbrication de ces difficultés

Finalement les médecins ont décrit la situation de précarité comme un ensemble de difficultés imbriquées pouvant retentir sur la santé de leur patient.

Tableau 9 : La précarité : une imbrication de difficultés

Codes	Références
Imbrication de difficultés	<i>Doc 7 : Je pense que le problème est que les gens ont des soucis ailleurs à mon avis, (...) la santé n'est pas une priorité.</i>

B. Retentissement sur la santé

1. Les pathologies addictives

Tous les praticiens interrogés ont considéré l'addiction comme une « pathologie de la précarité ». Ils ont cité l'alcool, le tabac et toutes les formes de toxicomanie (produits illicites, antalgiques, hypnotiques, anxiolytiques).

L'ensemble des situations de précarité précédemment citées pouvait conduire à une pathologie addictive. Inversement, la pathologie addictive pouvait provoquer ou aggraver une situation de précarité.

Tableau 10 : Précarité et pathologies addictives

Codes	Références
Addiction	<i>Doc 5: alors peut-être toutes les formes d'addictologie l'alcool mais pas uniquement on voit des patients qui boulotent des somnifères qui font le tour des médecins pour avoir des antalgiques, je pense au Lyrica par exemple... Beaucoup de patients précaires ont ce genre de comportement.</i>

2. Les troubles psychologiques

Les troubles psychologiques étaient une complication évidente de la précarité pour la plupart des médecins. Ils ont cité : le syndrome dépressif, les troubles anxieux, les troubles du sommeil. Comme pour l'addiction ces troubles pouvaient être la cause ou la conséquence d'une situation de précarité.

Tableau 11 : Précarité et troubles psychologiques

Code	Référence
Dépression	<i>Doc 8: Euh ben si, j'allais dire c'est un peu facile à dire, c'est le licenciement qui crée une dépression.</i>
Instabilité psychologique	<i>Doc 6: Et puis d'autres qui vont jamais pouvoir travailler parce qu'ils sont pas en état psychologiquement.</i>

3. Les pathologies liées à l'hygiène de vie

Concernant l'hygiène de vie, deux thèmes ont été abordés : la malnutrition et les complications infectieuses.

Le lien entre précarité et mauvaise hygiène alimentaire était un thème récurrent lors des entretiens. Les médecins mentionnaient l'obésité, le diabète et la dénutrition. En cause étaient cités : le niveau culturel et la situation économique.

Par complications infectieuses les médecins entendaient surinfection de plaie, pathologies bucco dentaires ainsi qu'infections ORL et respiratoires. Elles étaient mises en rapport avec l'habitat insalubre, l'alimentation, l'hygiène corporelle et le retard à la prise en charge.

Tableau 12 : Précarité et hygiène de vie

Codes	Références
Malnutrition	<i>Doc 11: Et quand il m'arrive parfois de faire des visites à 12h15, (son de surprise) (...) c'est affolant ce que les enfants mangent. C'est affolant. Ça arrive de voir des enfants qui partent à l'école à 8h30 avec un paquet de chips en main, qui mangent leurs chips, ou des biscuits apéritifs, ou des curly, ou des trucs comme ça.</i> <i>Doc 10 : Problème d'estomac, des gastros à répétition! Tout, tout ! (rire). Ça a des conséquences sur tout ! Très mauvaise alimentation</i>
Dénutrition Infection	<i>Doc 2: Sur le plan infectieux, surtout. Lié à un manque de protéines je pense. Et donc des pathologies qui traînent... Beaucoup plus. La gale qui va durer beaucoup plus longtemps par exemple, que quelqu'un au contraire, qui est beaucoup plus résistant qui est plus sain sur le plan corporel, qui mange à sa faim.</i>
Pathologies bucco dentaires	<i>Doc 8: J'ai quand même des gens qui par exemple vont se retrouver avec un abcès, une cellulite de la face parce qu'ils avaient pas leur CMU depuis un mois.</i>
Infections ORL et respiratoires	<i>Doc 13 : j'ai des patients... enfin un couple avec maintenant trois enfants, ils vivent dans un appartement complètement insalubre, leur dernier fait bronchiolite sur bronchiolite, et les autres ont une rhino toute l'année quoi...</i>

4. La précarité : un facteur aggravant

Une grande majorité des médecins interrogés a évoqué la nature tardive du recours aux soins pour ces patients. Ils ont également mentionné les difficultés liées à l'observance et au suivi aléatoire. Ces obstacles à une prise en charge optimale pouvaient être responsables de déséquilibre de maladies chroniques, découverte tardive de pathologies graves et surinfection.

Les facteurs de précarité mis en cause dans ces cas-là étaient : le faible niveau culturel et la difficulté à percevoir les enjeux de santé, les problèmes économiques ou intellectuels qui limitent l'accès aux soins, et l'effet « patient submergé » chez qui toutes les difficultés s'imbriquent.

Tableau 13 : Précarité et facteurs de gravité

Codes	Références
Déséquilibre de maladie chronique	<i>Doc 7: Ben nous, ici on a beaucoup de diabète, les gens se prennent pas en charge ou très peu se prennent en charge et peu réalisent ce qu'est un diabète et la façon de le prendre en charge.</i>
Suivi aléatoire	<i>Doc 5: des gens à qui on recommande d'aller voir un spécialiste mais ils oublient le rendez-vous parce qu'ils savent pas noter etc...Et on n'arrive pas à obtenir un suivi.</i> <i>Doc 7: J'ai aussi l'exemple d'une patiente qui vient jamais me voir, que j'ai vu il y a peut être 2 ou 3 ans pour des surinfections cutanées qu'on n'expliquait pas et finalement on a diagnostiqué un SIDA.</i>
Retard de prise en charge	<i>Doc 12 : l'accès financier est compliqué, donc on se soigne pas toujours ou on retarde la date d'arrivée chez le médecin et du coup on découvre des maladies qui sont quelques fois plus avancées, alors qu'on aurait pu faire un test, un diagnostic plus tôt.</i>

C. Synthèse

Les médecins généralistes interrogés ont décrit la précarité comme étant une situation complexe. Elle peut inclure une fragilité des sphères économique, sociale, culturelle ou familiale. La dépendance, le handicap et le statut d'étranger étaient également présentés comme des facteurs de précarité.

Ils ont établi un lien de cause à effet entre ces fragilités et certaines pathologies ou facteurs aggravant, tels que : les addictions, les troubles psychologiques, les troubles nutritionnels, les surinfections, le déséquilibre de maladies chroniques et la découverte tardive de pathologies graves.

Tableau 14 : Pathologies induites par les situations de précarité

	Facteurs de précarité	Pathologies
Situation économique	Difficultés d'accès aux soins	Facteur aggravant* Pathologies bucco-dentaires
	Difficultés d'accès aux produits de première nécessité	Malnutrition Pathologies bucco-dentaires Troubles psychologiques Addiction
Situation sociale	Logement insalubre	Pathologies ORL et respiratoires
	Isolement Emploi	Troubles psychologiques Cf. Situation économique
Situation familiale	Parent isolé, Conflits	Troubles psychologiques Addiction
État de santé	Emploi Isolement	Cf. Situation économique Troubles psychologiques Facteur aggravant*
	Dépendance	Troubles psychologiques
Niveau culturel	Démarches administratives complexes	Facteur aggravant*
	Problème de compréhension	Facteur aggravant*
Patients étrangers	Barrière de la langue Pas de droit ouvert	Facteur aggravant* Cf. Difficultés d'accès aux soins
	Difficultés d'insertion Patient submergé	Troubles psychologiques Addiction Facteur aggravant*

* Facteur aggravant = Prise en charge tardive, suivi médical aléatoire, mauvaise observance.

III. Une approche globale

Conscients du lien entre situation de précarité et santé du patient, les médecins ont décrit une approche globale : ils abordent le problème médical, tout en considérant l'implication des facteurs de précarité.

A. Abord du problème médical

1. Les pathologies addictives

S'il leur arrivait d'amorcer des prises en charges dans l'éthylisme chronique ou le tabagisme, la plupart des médecins interrogés était mal à l'aise avec la toxicomanie. Les raisons évoquées étaient multiples : manque de compétences, pas d'intérêt pour ces prises en charges qui peuvent être frustrantes ou décevantes, risques de nuisance dans la salle d'attente. Un des praticiens a néanmoins précisé qu'il était formé à ce type de prise en charge.

Quelle que soit l'addiction, ils orientaient assez vite ces patients vers le service d'addictologie du Centre Hospitalier de Roubaix. Quelques-uns avaient déjà participé à des réunions d'Intervision et connaissaient des associations présentes sur le territoire telles que le CSAPA et Le Relais.

Tableau 15 : Prise en charge des pathologies addictives

Codes	Références
Formation spécifique	<i>Doc 5 : Moi je me sens pas, je ne suis pas formée pour ça voilà ça m'intéresse pas.</i> <i>Doc 3 : il y avait manifestement dans le quartier où on exerçait un gros besoin de prise en charge de ces patients et à l'époque sur les quatre, il n'y avait que moi qui étais d'accord.</i>
Service d'addictologie	<i>Doc 3 : pour les addictions on a les services hospitaliers qui sont là aussi pour justement les orienter.</i>
Réseau, associations	<i>Doc 8 : avec les Intervisions, par exemple pour les patients toxicomanes, on se retrouve aussi avec des équipes poly -disciplinaires, où y'a l'assistante sociale, la psychologue le médecin addictologue...</i> <i>Doc 3 : On a d'autres structures effectivement, on peut citer par exemple juste derrière on a le CSAPA.</i>

2. Les troubles psychologiques

Les médecins généralistes ont distingué les troubles psycho-pathologiques et les troubles psychologiques mineurs. Pour les premiers ils ont recours au Centre Hospitalier ou au CMP. Pour les seconds certains orientaient également vers le CMP, avec un bémol : les délais pouvaient être longs et les prises en charge inadaptées. Pour ces raisons ils ont souvent déploré le non remboursement de la consultation chez un psychologue. Ils contournaient ce problème en adoptant une attitude empathique et bienveillante en consultation. Certains considéraient même que cela faisait partie du métier. Ils développaient également quelques stratégies: enrichir leur formation (gestion du stress et des troubles anxieux, hypnose, TCC), mettre en place un suivi rapproché, et parfois orienter vers des structures associatives.

Tableau 16 : Prise en charge des troubles psychologiques

Codes	Références
CMP	<i>Doc 10 : Alors, souvent je les envoie au CMP</i> <i>Doc 9 : Les CMP c'est très long donc c'est pas intéressant parce que les gens sont donc peut être pas forcément dans l'urgence mais dans une semi urgence hein...</i>
Psychologue	<i>Doc 5 : pas question d'envoyer à une psychologue libérale ou à un psychologue libéral parce qu'ils n'ont pas les moyens. On parle des gens précaires.</i>
Psychothérapie de soutien	<i>Doc 11 : Ca c'est vraiment le travail du généraliste. C'est une psychothérapie de soutien, avec l'écoute. (...) C'est vrai qu'on est là aussi pour permettre aux gens – ça ça fait partie du travail – de permettre aux gens justement de verbaliser leurs difficultés, d'avoir une écoute empathique.</i>
Suivi rapproché	<i>Doc 9 : Maintenant pour les états intermédiaires, je peux être amené à les revoir au bout d'une semaine, quinze jours, trois semaines, demander si ça va mieux, qu'ils parlent un petit coup!</i>
Associations	<i>Doc 8 : je me dis que la psychothérapie de base soit faut trouver ça dans la société, oui on peut aller pourquoi pas dans les centre sociaux, ils vont faire du yoga de la relaxation, dans certaines associations, on peut rencontrer... par exemple les associations d'aide aux victimes, le SIAVIC, il peut y avoir des psychothérapies qui sont faites.</i>

3. Les troubles nutritionnels

Les médecins interrogés ont attaché une grande importance à reprendre les patients sur leur hygiène alimentaire. Beaucoup d'entre eux donnaient régulièrement des conseils diététiques. Un médecin avait créé des fiches pour accompagner ses patients. Un autre considérait que le niveau culturel de la plupart des patients ne se prêtait pas à l'élaboration de documents écrits.

Les praticiens auraient aimé orienter leurs patients vers des diététiciens, mais ces consultations ne sont pas « remboursées ». Une alternative possible à Roubaix était souvent évoquée : le CETRADIMN⁶. Néanmoins l'orientation vers ce service n'était pas adaptée à la prévention primaire. Parfois, une autre alternative était envisagée : les ateliers cuisines des centres sociaux, en particulier quand le médecin ne maîtrisait pas la culture alimentaire du patient.

Tableau 17 : Prise en charge des troubles nutritionnels

Codes	Références
Conseils diététiques	<i>Doc 5 : Non mais c'est quelque chose que je travaille avec les patients j'ai des fiches de régime, des explications des trucs que je donne, j'explique, je passe du temps là dessus.</i>
Fiches diététiques	<i>Doc 11 : Non. Des fiches diététiques non, (...) je ne suis pas certain d'ailleurs que ce genre de chose puisse avoir un bon impact chez les gens qui sont en état de précarité. Parce que ils ont un petit peu de mal avec l'écrit à mon avis.</i>
Coût diététicien	<i>Doc 11 : Je pense que déjà, l'accès à (hésitation) justement à une diététicienne par exemple devrait être beaucoup plus facile, devrait être remboursé par l'assurance maladie. Je ne sais pas où envoyer les gens en pratique...</i>
CETRADIMN	<i>Doc 7 : Nous on travaille ici avec le CETRADIMN, on a quelques euh pareil contact avec des diététiciennes tout ça...</i>
Ateliers cuisines	<i>Doc 11 : si j'avais connaissance d'un point de vue pratique d'ateliers diététiques au niveau du centre social, adaptés aussi à toutes les cultures (...) oui ça c'est un vrai service, tout à fait. Surtout sur les attitudes alimentaires que je ne connais pas, ça c'est une difficulté.</i>

⁶ Le CETRADIMN est un centre de diabétologie. Il dépend du Centre Hospitalier de Roubaix. Il bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire prodiguant soins et éducation thérapeutique, pour des patients souffrant déjà de maladies liées à la nutrition.

4. Les pathologies aggravées ou déséquilibrées

S'ils étaient confrontés à un patient qui néglige sa santé, les médecins affirmaient avoir une attitude bienveillante. Ils disaient rétablir le lien de confiance, rassurer, expliquer, mettre en place un suivi rapproché. La plupart du temps, pour s'assurer de la continuité des soins, ils prenaient eux-mêmes les rendez-vous avec les autres spécialistes ou les paramédicaux.

Tableau 18 : Prise en charge des facteurs de gravité

Codes	Références
Suivi rapproché	<i>Doc 2 : petit a petit j'instaure le contact aussi, parce que ce sont souvent des gens qui ont été... qui ont eu tellement l'habitude d'être rejetés, qu'au bout d'un moment ils sont très méfiants. Et au fur et à mesure les gens reviennent, pour des choses peut-être moins graves, pour vérifier, parce que je leur dis qu'il faut que je les voie pour remettre les choses au clair.</i>
Prise de RDV	<i>Doc 2: je prends le rendez-vous, je leur indique l'adresse, je leur dis où c'est, et donc comme ça ils sont obligés d'y aller. Sinon ils ne prendront jamais... Et puis même il y en a qui n'ont pas téléphone, qui n'ont pas de forfait, qui n'ont pas... donc je prends rendez-vous pour eux.</i>
Explications	<i>Doc 5 : Il faut prendre du temps pour expliquer comment on prend le traitement quoi (rire). Pour pas avoir de surprise et bien réexpliquer.</i>

B. Considération de la situation de précarité

1. La situation économique

Dans leur pratique, les médecins essayaient régulièrement de gommer les difficultés financières de leurs patients. Ils plaidaient en faveur de l'accès aux soins pour tous. Il leur arrivait donc d'adapter le règlement de l'acte : tiers payant, acte gratuit, paiement d'un seul acte pour plusieurs personnes ou encore paiement différé. Parfois, ils orientaient vers des associations telles que MSL ou MSF Lille. Exceptionnellement, ils s'arrangeaient pour faire bénéficier, à des personnes en difficulté, de la sécurité sociale d'un ami ou d'un membre de la famille.

Pour l'accès aux produits de première nécessité, ils pouvaient suggérer à leurs patients d'avoir recours à des associations de solidarité (Les restos du cœur, Amitié partage) voire à des associations religieuses (Secours catholique, la paroisse du quartier, Communauté évangélique).

Concernant l'accès à certains spécialistes, ils considéraient que les dépassements d'honoraires pouvaient être problématiques. Pour quelques-uns ils étaient même injustes. Ils ont néanmoins pondéré leurs propos en affirmant qu'ils étaient, dans une certaine mesure, justifiés. Ils ajoutaient que l'hôpital public était proche et suffisamment équipé. L'un d'entre eux a spécifié qu'il travaillait avec des spécialistes libéraux qui ne pratiquaient pas de dépassement d'honoraires à des patients bénéficiaires de la CMUc.

À propos des médicaments non remboursés, deux attitudes se discutaient : soit ils étaient utiles et l'explication du médecin pouvait convaincre le patient de faire l'effort financier, soit ils ne l'étaient pas et ils s'en passaient très bien dans la prise en charge.

Tableau 19 : Considération de la situation économique

Codes	Références
Faciliter l'accès aux SP	<p><i>Doc 2 : Je veux dire mes patients savent très bien que même s'ils ont des problèmes financiers je les prends quand même.</i></p> <p><i>Doc 12: Quand il n'y a vraiment rien du tout, il y a Médecins Sans Frontière à Lille qui accueille quand même les gens qui n'ont rien du tout.</i></p> <p><i>Doc 12 : et puis après, bon je ne devrais peut-être pas le dire mais, quand il y a un cousin, un copain qui a une carte vitale, quelques fois on va noter dessus quelques médicaments et puis ils vont s'arranger ensemble... et je sais que ma consultation ne sera pas payée...</i></p>
Réseau de solidarité	<p><i>Doc 4: Je connais les lieux où il y a des distributions alimentaires et effectivement ça m'arrive ponctuellement de pousser les gens à aller les voir pour savoir s'ils y ont droit.</i></p>
Adapter l'orientation	<p><i>Doc 11 : Bien sûr. Ce n'est pas juste. Je comprends les confrères qui font des dépassements d'honoraires. (...) Mais d'un autre côté, moi ça prive mes patients de certains professionnels en qui j'aurais plus confiance peut-être, éventuellement. Et même en qualité parfois d'accueil etc...</i></p> <p><i>Doc 3: Donc effectivement on oriente vers l'hôpital parce que là nous on a la chance d'avoir un hôpital qui est juste à côté, donc qui est facilement accessible même si les délais peuvent être longs.</i></p> <p><i>Doc 10: Oui ben on oriente... plus l'hôpital. Mais en général, moi les spécialistes ne demandent pas de dépassements de CMU, mais on les envoie plus facilement en hôpital qu'en privé hein !</i></p>
Adapter les prescriptions thérapeutiques	<p><i>Doc 5 : moi je prescris presque jamais de non remboursés mais de temps en temps on est bien obligé, on leur explique alors pourquoi on donne celui-là. Quand on fait comme ça, ils le prennent ou ils le prennent pas, mais de façon générale on s'en sort avec les médicaments remboursés, toujours.</i></p>

2. La situation sociale

Quand ils repéraient des patients isolés, la plupart des médecins en tenait compte dans leur prise en charge. Certains les orientaient vers le centre social ou les associations sportives pour rétablir un lien social. Les clubs de gymnastiques pour les personnes âgées et le sport de façon générale, pour tous les patients, contribuaient, selon eux, à rétablir du lien.

Face à une difficulté liée au logement, les praticiens étaient souvent démunis. Ils se tournaient vers les assistantes sociales. Un médecin connaissait une association spécifique : le GRAAL⁷.

Tableau 20 : Considération de la situation sociale

Codes	Références
En général	<i>Doc 8 : Oui le but du jeu c'est ça c'est vraiment de leur dire, peu importe par quel moyen ils remettent le pied à l'étrier notamment au niveau du lien social, parce que là vraiment ils étaient dans un cercle vicieux d'une souffrance sociale.</i>
Centre social	<i>Doc 11 : (à propos du centre social) Je connaissais bien ce qu'il s'y passait, notamment la halte garderie, la gymnastique volontaire, les cours d'anglais, les cours de cuisine etc... Et c'est vrai que ça ça m'arrivait d'orienter les gens, en disant vous devriez y aller justement, ça vous permettrait de rencontrer des gens, sortir de votre isolement tout ça, notamment pour les mères de famille isolées.</i>
Association sportive	<i>Doc 1 : Ben la gymnastique tout ça, même pour les personnes un peu plus âgées, qui sont un peu seules... Moi je leur dis, essayez de trouver un club de gym, où vous rencontrez d'autres gens. Je pense que c'est important.</i>
Logement	<i>Doc 13 : (souffle) pour le logement c'est toujours compliqué... je sais pas... les assistantes sociales ?</i>
Association logement	<i>Doc 8 : Oui ben c'est l'aide aux logements. comment ça s'appelle? c'est groupe régional... d'accès au logement! En plus c'est pas très loin, justement c'est à Roubaix Boulevard d'Armentières je crois... Donc oui des fois je leur dis d'aller voir chez eux...</i>

3. La situation familiale

En sa qualité de médecin de famille, le praticien est un spectateur privilégié des problématiques liées à la cellule familiale. Cela peut concerner les conflits voire la violence conjugale, l'éclatement et la reconstitution de cette cellule ou encore les problèmes d'éducation. Dans ce contexte les médecins affirmaient en premier lieu être à l'écoute. Plusieurs attitudes pouvaient se discuter : garder une juste distance et limiter leur implication, tenter d'avoir une approche systémique et agir sur le système, orienter vers des structures sociales ou associatives compétentes. Dans ce

⁷ Le GRAAL est une association à but non lucratif. Née en 1986, dans la métropole lilloise, elle a pour mission de faciliter l'accès au logement des populations en difficulté (16).

dernier cas, ils ont évoqué la PMI, les aides ménagères de l'AFAD, le centre social et SOS femme battue.

Tableau 21 : Considération de la situation familiale

Codes	Références
Distance	<i>Doc 9 : Parce que j'interviens jamais dans leurs histoires! Moi j'interviens au minimum dans la vie privée des gens !</i>
Approche systémique	<i>Doc 8 : Et c'est vrai que là, nous souvent, on a un regard particulier, (...) ça m'amuse un peu d'avoir un regard un peu presque systémique sur la chose. En disant bah là faut faire... pour pouvoir peut être changer un peu, dans le système aussi...</i>
Structures sociales et médico-sociales	<i>Doc 13 : les aides ménagères pour les mamans débordées, les aides éducatives avec la PMI...</i> <i>Doc 5 : Alors y a le centre social qui est rue du Pré là, qui fait un travail super en particulier avec les mamans et oui je leur dis assez souvent qu'elles peuvent aller là.</i>

4. L'état de santé

Pour répondre aux problématiques de handicap et de pathologies invalidantes, les médecins citaient aisément les structures sociales partenaires : la MDPH et la CPAM. Ils ont souligné, par ailleurs, que les échanges avec ces structures étaient parfois complexes et le délai des démarches prolongé.

Concernant la dépendance, ils affirmaient avoir recours aux infirmiers libéraux, et mettre en place avec eux un suivi coordonné. Le CLIC⁸ était un partenaire connu par la plupart d'entre eux et vers lequel ils orientaient leurs patients âgés.

⁸ Les CLIC sont des centres locaux destinés à informer les personnes âgées et leur famille, et coordonner les intervenants dans la prise en charge des troubles liés au vieillissement.

Tableau 22 : Considération du handicap et de la dépendance

Codes	Références
Invalidité, Handicap	<i>Doc 13 : pour les personnes qui ont des maladies chroniques invalidantes ou... même handicapantes... on peut utiliser la MDPH et la CPAM pour ça.</i>
Recours aux infirmiers libéraux	<i>Doc 8 : La principale fragilité qui est la personne est toute seule et on sait pas trop ce qu'elle fait, et ben elle est beaucoup moins toute seule ! Et tous les jours on a quelqu'un qui passe et qui dit "si si il a bien pris son traitement, ça va, il boit, il est pas déshydraté". Oui on peut quand même trouver des solutions.</i>
Rencontres coordonnées	<i>Doc 13 : on arrive parfois à synchroniser les visites chez le patient ; en particulier pour les personnes âgées... être là en même temps que l'infirmière ou l'assistant sociale...</i>
CLIC	<i>Doc 5 : puis il y a le CLIC là qui est pas mal pour les personnes un peu plus âgées.</i>

5. Le niveau culturel

Il était fréquent pour les médecins de rencontrer des patients avec d'importantes difficultés administratives : difficulté à mettre à jour leurs droits, à remplir des dossiers... Pour cela ils orientaient, la plupart du temps, vers des structures sociales telles que la CPAM, la mairie ou le CCAS.

Il pouvait arriver, pour certains médecins et ponctuellement, de participer à la rédaction de ces dossiers, bien que cela dépasse leurs fonctions. La secrétaire médicale pouvait aussi être impliquée, par *sa bonne volonté (Doc. 5)*. Mais d'autres refusaient de trop s'investir. Ça n'était, selon eux, pas une bonne façon de venir en aide aux patients.

Quant à la compréhension du traitement, de la pathologie ou de l'intérêt d'une hygiène de vie correcte, le recours des médecins était l'éducation. Beaucoup disaient consacrer du temps pour des explications claires et de la prévention.

Tableau 23 : Considération du niveau culturel

Codes	Références
Travailleurs sociaux	<i>Doc 9 : Dans ce cas là je conseille d'aller à la mairie, au service social pour être mis en relation avec un écrivain public.</i>
Secrétaire = assistante sociale	<i>Doc 5 : tout effort est compliqué et puis ils maîtrisent pas toujours ce qu'il faut comme papiers etc... C'est vrai Carole (la secrétaire médicale) elle leur donne quand même assez régulièrement un coup de main (rire) pour monter les dossiers et tout ça.</i>
Médecin = assistant social	<i>Doc 5 : Dans ce quartier là on peut difficilement faire autrement, mais c'est vrai qu'on est souvent dans un rôle d'assistante sociale (rire) quand même.</i> <i>Doc 12: Ce sont des gens qui sont en situation de précarité, mais en même temps il ne faut pas les prendre par la main quoi. En même temps, ils sont autonomes etc. Je leur dis il faut aller voir au centre social demander à l'assistante sociale éventuellement aller à la PMI.</i>
Education	<i>Doc 10 : Bah on leur dit ce qu'il faut faire de bien quoi... On leur apprend... Ils savent rien y'en a... Il y en a qui savent rien hein! Ils savent pas, donc... bah on... L'éducation! On les éduque, voilà! On fait ce que l'école n'a pas fait ou leur parent enfin souvent on les éduque! Ouais c'est comme ça (rire).</i>

6. Le statut d'étranger

La barrière de la langue était un thème récurrent. Outre l'utilisation d'explications simplifiées, une seule solution spécifique a été citée : le recours à des associations communautaires ou à des collègues parlant la langue.

L'absence de droits ouverts pour accéder aux soins était un obstacle que certains contournaient en prodiguant des soins gratuits ou en orientant vers des associations telles que MSL ou MSF Lille.

Tableau 24 : Considération du statut d'étranger

Codes	Références
Collègues-Association communautaire	<i>Doc 8 : Et à ce moment là j'ai commencé à regarder à chercher, ben au fait psychologue qui parle portugais, orthophoniste qui parle portugais et ce que j'ai trouvé... je leur ai dit "pourquoi pas une association sportive, au moins là bas vous pourrez avoir les...."</i>
Acte gratuit	<i>Doc 4 : Je les vois régulièrement en particulier l'enfant et la maman aussi (...) et en ce qui me concerne je travaille gratuitement.</i>
Associations soins gratuits	<i>Doc 5: Je pense au camp de Roms qui est à côté encore de temps en temps on appelle MSL parce que c'est vraiment complexe.</i>

C. Synthèse

Cette approche globale, décrite par les médecins interrogés, suggérait d'abord la mobilisation de ressources personnelles. Parmi elles ils ont cité : le recours à la formation, la création d'outils (fiches diététiques), la coordination des soins (rencontres coordonnées, Intervision) mais aussi l'empathie et la bienveillance (écoute, conseils, explications). Ils ont évoqué les limites de cette approche en s'interrogeant : jusqu'où doit on s'impliquer dans le volet psycho-social ?

Ils ont alors affirmé s'appuyer sur leur réseau. Ils ont cité l'hôpital public, qu'ils connaissent bien. Ils utilisaient aussi les structures médico sociales (PMI, CMP), les structures sociales (MDPH, CPAM, CCAS) et parfois les structures associatives.

Tableau 25 : Approche globale de la santé du patient en situation de précarité

Pathologies	Prise en charge	
	Ressources du médecin	Réseau
Addictions	Développer des compétences en addictologie	Service addictologie Intervision, Associations
Troubles psychologiques	Se former à la gestion du stress, hypnose, TCC Ecoute, empathie Psychothérapie de soutien	CMP, PMI Centre social Associations sportives Aides ménagères, SIAVIC
Troubles nutritionnels	Conseils Education, Fiches diététiques	CETRADIMN Ateliers cuisines
Handicap et longues maladies		MDPH, CPAM invalidité
Dépendance	Organiser des rencontres coordonnées	Recours aux infirmiers libéraux CLIC
Non spécifiques <i>Facteur aggravant</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Favoriser l'accès aux soins</u> : Acte gratuit, adapter les orientations et les prescriptions - <u>Observance, compréhension</u> : Instaurer un suivi rapproché Prendre les RDV, Expliquer, Faire de l'éducation, de la prévention - <u>Démarches administratives</u> : Rôle d'assistant social, solliciter la secrétaire 	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Accès aux soins</u> : MSL, MSF - <u>Accès aux produits de premières nécessités</u> : associations de solidarité, associations religieuses - <u>Logement</u> : GRAAL, assistantes sociales - <u>Démarches administratives</u> : Mairie, CCAS, CPAM, écrivains publics - <u>Barrière de la langue</u> : collègue, associations communautaires

IV. Une prise en charge adaptée

Avoir une approche globale sous entend adapter sa prise en charge aux particularités de la situation. Les médecins interrogés ont ainsi décrit les caractéristiques de leur consultation et de leur orientation.

A. Une consultation particulière

1. Un contenu particulier voire complexe

- Des temps différents

La majorité des médecins a affirmé consacrer du temps pour approfondir le volet psycho-social. De la même façon, ils disaient accorder plus de temps aux explications en général. Il pouvait s'agir d'expliciter les résultats d'une consultation chez un spécialiste ou d'insister sur les raisons et la façon de prendre un traitement.

Pour quelques-uns, ces consultations étaient chronophages. Pour d'autres, des temps spécifiques étaient hypertrophiés, plus que la consultation en elle-même.

Tableau 26 : Les différents temps de la consultation

Codes	Références
Volet social	<i>Doc 4 : parce qu'elle a forcément un volet social qu'il est important d'aborder alors que la plupart du temps on ne s'occupe que du médical</i>
Volet psychologique	<i>Doc 8 : Mais c'est vrai aussi que voir la globalité du patient ça permet aussi de s'attaquer au vrai problème, sinon en médecine générale on peut se laisser balader pendant des années avec des somatisations à deux balles quoi.</i>
Explications	<i>Doc 5 : En tous les cas il y a un temps hypertrophié pour expliquer et s'assurer que le traitement va être pris de façon correcte, hypertrophié sur certains points mais c'est pas forcément plus long parce que des patients, je pense à des professeurs par exemple, il faut passer énormément de temps pour leur expliquer pourquoi on prescrit (rire) c'est pas les mêmes côtés qui sont hypertrophiés quoi.</i>
Chronophage	<i>Doc 2 : Non mais c'est long. C'est pas difficile, mais le problème c'est qu'il faut qu'il y ait une bonne volonté de tout le monde. (...) C'est pas compliqué mais c'est long.</i>

- Une charge émotionnelle riche

À plusieurs reprises ils ont mentionné la charge émotionnelle créée par ces consultations, tant négative (épuisement, frustration voire tristesse, agacement) que positive (plaisir, satisfaction, enrichissement personnel). L'implication de ces émotions rendait parfois la prise en charge complexe.

Tableau 27 : Charge émotionnelle causée par la situation sociale du patient

Code		Références
Négative	Tristesse	<i>Doc 5: Moi je suis très en empathie et c'est parfois à crève cœur car quand on n'a pas de solution c'est difficile.</i> <i>Doc 11 : Mais c'est désespérant. Les gens viennent, ils nous racontent leur vie en disant « j'ai telle et telle et telle difficulté », tel problème et tout ça, mais je dis (sur un ton grave), mais qu'est –ce qu'on peut faire ? Qu'est-ce qu'on peut faire ?</i>
	Agacement	<i>Doc 12: Le nombre de gens qui viennent en disant "ah la la, je viens mais en fait ma carte vitale elle est plus à jour parce que je dois renouveler". Vous savez qu'ils ne font rien de leurs journées, parce qu'ils ne travaillent pas, parce qu'ils passent leur temps devant la télé. Là pour le coup c'est énervant et là c'est vrai que je me fâche.</i>
Positive	Plaisir	<i>Doc 12 : ce sont des gens qui sont super attachants, super gentils et avec lesquels on tisse des liens qui sont extra quoi. Donc... Mais on fait partie de la famille quand on est médecin généraliste.</i>
	Enrichissement personnel	<i>Doc 11 : Mais oui moi je suis bluffé des fois par des choses que les gens me racontent en me disant « mais ils sont fantastiques ces gens ». Avec leur pauvreté, mais leur pauvreté n'a d'égal que leur générosité, je suis bluffé !</i>

2. Des compétences ajustées

- Rôles particuliers

Dans certaines situations de précarité, le médecin généraliste peut assurer des rôles particuliers. La majorité des médecins a estimé avoir un rôle de conseiller, et parfois même orienter dans les choix de vie. La plupart a affirmé avoir un rôle de traducteur du jargon médical. Quelques-uns ont abordé la question de la responsabilité vis à vis du système de soins et ont considéré avoir un rôle à jouer. Enfin, un médecin a évoqué une situation dans laquelle il prenait le rôle de médiateur avec le secteur social.

Tableau 28 : Rôles particuliers du médecin généraliste

Codes	Références
Conseiller	<p><i>Doc 1 : Je pense qu'il faut surtout leur dire de trouver leur équilibre par eux-mêmes, et quitter des situations qui sont vraiment conflictuelles et qui détruisent en fait.</i></p> <hr/> <p><i>Doc 8: Si on veut que les gens aillent mieux on est presque obligé de devenir éducateur d'art de vivre. C'est ça en fait, et à tout niveau, alimentation, au niveau relationnel.</i></p>
Expliquer	<p><i>Doc 11 : Il faut d'abord évidemment choisir des mots excessivement simples, enfin extrêmement simples, prendre bien le temps d'expliquer, que tout soit bien compris, avec des phrases courtes (...) le décodage de l'information médicale c'est extraordinaire, parce que les gens ils n'ont rien compris.</i></p>
Responsabiliser	<p><i>Doc 12 : c'est aussi expliquer aux gens que le système fonctionne et qu'il faut quand même mettre à jour ses droits, faire les choses au fur et à mesure etc... et ne pas toujours, bon, vivre de l'air du temps...</i></p>
Être médiateur	<p><i>Doc 8 : ça m'est arrivé assez souvent de me retrouver avec des patients qui sont suivi avec des AEMO des choses comme ça... dans ces cas là on se retrouve avec un rôle intéressant, j'allais dire presque de médiateur. À la fois pour dire au patient « ah ben oui je comprends » (...) puis en même temps montrer le bon côté (...) et dans ce cas là on est renforçateur et on vient se rajouter dans le système.</i></p>
Être assistant social	<p><i>Doc 12: Est-ce que le médecin généraliste est en train de devenir un super assistant social? J'ai envie de dire non, on n'a quand même pas fait dix ans d'études pour être assistante sociale. On a fait dix ans d'études pour repérer, soigner les maladies, accompagner les patients dans leur vie familiale, professionnelle etc. ...</i></p> <hr/> <p><i>Doc 7: Donc moi j'essaie de faire ce que je fais à peu près le mieux c'est de la médecine et après le reste ... c'est un peu... C'est compliqué parce que, est ce que c'est compatible?</i></p>

Concernant le rôle d'assistant social si certains avouaient parfois tenir ce rôle, d'autres mettaient un point d'honneur à le distinguer. Ils s'interrogeaient alors sur les limites de leur soutien social et même sur sa compatibilité avec la pratique d'une « bonne médecine ».

- Qualités mobilisées

Les comportements décrits par les médecins reflétaient certaines de leurs qualités. Accepter les retards, les rendez-vous manqués illustraient leur flexibilité. Rechercher des solutions, prendre les RDV, être persévérant, ne pas juger, relevaient de la bienveillance. Écouter et rassurer traduisaient l'empathie dont ils faisaient preuve.

Tableau 29 : Qualités mobilisées par le médecin généraliste

Codes	Références
Flexibilité	<i>Doc 13 : c'est sûr, si on sait que le patient galère un peu tous les jours, on ne va pas s'emballer pour un RDV manqué ou un retard.</i>
Bienveillance	<p><i>Doc 11 : Faut pas désespérer non plus, parce qu'il y a des fois comme je disais des situations qui paraissent tellement compliquées que bon, il faut éviter de baisser les bras même si c'est parfois désespérant.</i></p> <p><i>Doc 2 : ici il n'y a pas de souci, on ne juge pas, tout le monde a le droit de se soigner, et qu'on prend en charge tout le monde, et que s'il a besoin de quoi que ce soit il peut très bien compter sur moi, que... il y a le numéro de téléphone...</i></p> <p><i>Doc 5: ce qu'on fait nous dans le cabinet, on apprend aux mamans à faire une purée ou, on leur explique comment faire des choses très simples mais qui améliorent grandement la vie des gens. Voilà.</i></p>
Empathie	<p><i>Doc 3 : s'il y a quelqu'un qui effectivement est très en difficulté, on va peut être essayer d'être un petit peu plus à l'écoute.</i></p> <p><i>Doc 7 : on les écoute, on les console, on les rassure, on essaie de leur donner quelques conseils.</i></p>

3. La relation soignant-soigné

- Décoder les sentiments du patient

À travers leurs comportements, certains médecins décodaient les sentiments des patients. D'après leurs propos, ces informations pouvaient influencer la prise en charge (négligence, consultation retardée) et la relation soignant-soigné (méfiance).

Tableau 30 : Décoder le ressenti du patient

Codes	Références
Peur	<i>Doc 7 : il y a ceux qui négligent complètement peut être par peur, par déni très probablement...</i>
Honte	<i>Doc 4 : ce qui peut entraîner, ce qui fait que le patient peut très bien ne pas consulter parce que sa situation le met dans l'embarras.</i>
Méfiance	<i>Doc 8 : le patient qui va dire "ah non m'embêtez pas avec les assistantes sociales, moi ils vont débarquer chez moi, ils vont commencer à me juger, ils vont m'embêter tout le temps" Bon évidemment c'est un lieu commun. Mais c'est vraiment vécu comme ça par une grande grande partie de la population, qui a entendu dire que... ou qui a déjà un vécu personnel...</i>

- Une relation particulière

Considérant ces sentiments, la confiance est parfois difficile à obtenir. Mais selon certains médecins, quand elle est acquise ils deviennent un recours privilégié. Ils peuvent alors être sollicités pour des motifs qui ne sont habituellement pas de leur ressort. Pour cela, les patients se montrent *la plupart du temps* reconnaissant.

Un seul médecin a signalé que cette particularité de la relation pouvait à l'excès se transformer en paternalisme.

Tableau 31 : Caractéristiques de la relation soignant-soigné

Codes	Références
Confiance	<i>Doc 11 : c'est incontestable que la médecine générale dans un quartier comme ici c'est vraiment très intéressant, très motivant. Parce qu'on est vraiment le médecin de premier recours. Ca c'est intéressant puisqu'on n'est pas du tout mis en concurrence avec les spécialistes. Je veux dire par là qu'on est vraiment le premier interlocuteur. Donc ça c'est bien. Parce que les gens nous font confiance, et qu'une fois qu'on a leur confiance, c'est top. Ca c'est vraiment très intéressant aussi.</i>
Reconnaissance	<i>Doc 7 : Disons que pour les patients, je pense qu'on leur rapporte énormément... Souvent, la plupart du temps, je pense qu'ils nous le rendent bien</i>
Recours privilégié	<i>Doc 12 : Dans les quartiers comme ça on ne fait déjà pas que de la médecine parce qu'on est déjà, moi je veux dire, j'ai aidé plein plein plein de patients pour des conseils de classe, "mon enfant doit redoubler qu'est-ce que vous en pensez docteur ? L'école a dit que c'était indispensable, mais vous qu'est-ce que vous en pensez ? vous connaissez mon enfant, vous connaissez la famille"</i>
Paternalisme	<i>Doc 2 : Alors, quelque part il y a peut-être aussi le côté qui n'est pas très sain, c'est le maternage. J'ai vraiment l'impression d'être leur mère parce qu'ils ont besoin d'avoir quelqu'un qui... on retombe un petit peu dans le système «enfants et parents » quoi, en donnant des sanctions, en leur parlant comme à des petits : «attention faut pas faire ça parce que sinon après il y aura ci, il y aura ça ». Et après on sent qu'ils se laissent guider.</i>

B. Une orientation spécifique

1. Le secteur social et associatif en complément

- Le secteur médico-social

Les médecins orientaient facilement vers les structures telles que le CMP et la PMI. Ils considéraient ces prises en charge comme complémentaires aux leurs.

Tableau 32 : Orienter vers le secteur médico-social

Codes	Références
Compléter la prise en charge	<p>Doc 7 : <i>moi ce que je fais c'est que je les envoie, s'ils ont besoin et s'ils acceptent, au CMP, en espérant que là bas ils mettent en place quelque chose...</i></p> <p>Doc 5 : <i>(à propos de la PMI) On organise des visites chez les gens ensemble on essaie.</i></p>
Avoir un point de vue complémentaire	<p>Doc 8 : <i>C'est vrai qu'ils ont des assistantes sociales au CMP, c'est vrai que parfois j'aime bien avoir l'avis de l'assistante sociale du CMP, parce que comme elle fait pas partie du secteur elle peut avoir une certaine neutralité d'analyse, elle va pas forcément tout faire mais elle peut dire "ah ben en fait on peut faire ci, on peut faire ça"</i></p>

- Les assistantes sociales

Quand ils étaient démunis sur le plan social, les praticiens orientaient vers les *assistantes sociales*. Ils étaient nombreux à penser qu'elles faisaient un travail important et utile. Ils ont reconnu leurs compétences particulières. Certains ont même regretté n'avoir pas plus régulièrement leur point de vue.

Malgré tout, deux difficultés sont ressorties : leur charge de travail est importante, et leur marge de manœuvre est limitée. Beaucoup de médecins ont déclaré que les assistantes sociales étaient débordées et qu'elles n'avaient que peu de ressources pour répondre aux problématiques complexes de la précarité. Une d'entre eux s'interrogeait même: *est-ce que la formation des assistantes sociales est mal faite ? Est-ce que les solutions ne sont pas proposées niveau gouvernemental ?* (Doc 6).

Effectivement, l'orientation suggérée par le travailleur social pouvait être inadaptée : engager une formation qui ne convient pas au patient, faire une demande d'invalidité ou un dossier MDPH qui n'aboutira pas, et parfois confier un enfant aux services de l'ASE. Sur ce dernier point, quelques médecins ont affirmé avoir recours avec précaution aux services sociaux. Ils ont estimé qu'ils n'avaient pas la même approche des situations ni la même connaissance du contexte.

Tableau 33 : Orienter vers le secteur social

Codes		Références
Aspects positifs	Compétences	<p><i>Doc 9 : Moi je trouve que l'assistante sociale a un lien et un travail essentiel bien qu'on lui demande de faire l'impossible avec le minimum de budget.</i></p> <p><i>Doc 8 : en plus ça change entre les RMI les RSA (rire) les pensions, les ceci, les aides machins... Faut vraiment être pro pour s'y retrouver, et c'est vrai que on n'a pas... enfin moi personnellement j'ai pas trop le profil à aimer ça. C'est à dire... si, moi j'adore discuter avec des assistantes sociales (rire) mais je ne sais pas faire leur boulot quoi!</i></p>
	TS débordés	<p><i>Doc 12 : je pense qu'il y a un manque notable d'assistantes sociales sur le secteur. Je pense qu'elles sont débordées et je pense qu'elles se heurtent souvent à des grosses grosses difficultés.</i></p> <p><i>Doc 6 : Non parce que les assistantes sociales sont débordées ils ont un mal fou à les rencontrer et quand ils les rencontrent les solutions sont pas forcément présentes.</i></p>
Aspects négatifs	Proposition de solution inadaptée	<p><i>Doc 5 : le nombre d'assistantes sociales qui renvoient pour faire une demande aux femmes par exemple pour être garde d'enfant à domicile alors qu'elles sont même pas capables de faire ça... C'est vraiment rejeter le problème plus loin. Y a pas de solution.</i></p> <p><i>Doc 8 : (au sujet du placement d'enfant) Mais c'est vrai qu'on n'a pas toujours une entente... fin on est un peu dans deux mondes différents, et il peut y avoir une méfiance j'allais dire, enfin c'est pas une méfiance mais une... (réflexion) une méconnaissance mutuelle je pense, un peu ça. On travaille pas tellement ensemble...</i></p>

- Les associations

Le recours aux associations était parfois cité lors des entretiens, notamment pour faire face aux problèmes d'isolement. Plusieurs médecins ont évoqué le rôle privilégié que peut jouer le centre social du quartier dans les problématiques de santé. Cette orientation était intéressante pour deux raisons : elle est très locale et donc facilement accessible, elle crée du lien social à l'échelle du lieu de vie. Les associations sportives et de solidarité étaient également mentionnées. En règle générale, l'idée était soumise aux patients, sans qu'aucun contact ne soit établi.

Tableau 34 : Orienter vers le secteur associatif

Codes	Références
Action locale	<i>Doc 5 : (à propos du centre social) On s'appuie sur ça, des choses très locales, parce qu'on ne peut pas envoyer les gens à l'autre bout de Roubaix ce n'est pas possible.</i>
Créer du lien	<i>Doc 12 : Donc les orienter dans des sortes d'associations comme ça qui existent à Roubaix et qui peuvent, qui peuvent leur permettre de se socialiser un petit peu.</i>
Faire du sport	<i>Doc 8 : Et dans ces cas là il faut partir vers des solutions extra médicales. (...) Alors j'ai un autre exemple là dessus, je suis désolé c'est un peu le truc tarte à la crème... le gamin qui va pas bien et qui tout à coup, c'est son prof de karaté, hip-hop, foot, (...) qui a servi au choix d'assistante sociale, psychologue, éducateur, (rire) »</i>

2. Un secteur mal connu et des échanges limités

- Le secteur médico-social

Les prises en charge médico-sociales étaient les mieux connues. La plupart du temps, les médecins avaient identifié dans le quartier où ils exerçaient la PMI ou le CMP. D'ailleurs les échanges avec ces structures ne semblaient pas poser problème. Ensemble, ils travaillaient régulièrement en collaboration. Ces échanges étaient majoritairement à l'initiative de la structure, et par le biais de contacts téléphoniques.

Tableau 35 : Connaissance du secteur médico-social et échanges

Codes	Références
Situation géographique	<i>Doc 12 : La PMI est là dans la rue juste à côté, dans la rue du Pré, le centre social est là, plus haut dans la rue.</i>
Echanges	<p><i>Doc 2 : Ben en fait ici il y a énormément d'enfants qui sont suivis en PMI, qui sont très très bien suivis, que ce soit pour les vaccins et tout, et euh... on n'a pas... on s'appelle s'il y a des soucis.</i></p> <p><i>Doc 5 : Ils (la PMI) me connaissent quand j'appelle. Alors je ne connais pas forcément les praticiens parce que ça tourne etc...</i></p>

- Le secteur social

Concernant le secteur social, l'orientation était moins évidente. S'ils ont souvent cité les « assistantes sociales » comme interlocuteur privilégié dans les situations de précarité, peu d'entre eux en connaissaient personnellement. Ils avaient néanmoins une idée des structures dans lesquelles elles travaillent (le CCAS, la Mairie, la CPAM). Pour enrichir leur carnet d'adresses, le patient lui-même était parfois source d'information. Les médecins expliquaient que l'organisation de ce secteur leur semblait complexe et qu'ils étaient mal informés.

Là encore les échanges avec ce secteur étaient limités. Ils prenaient la forme de contacts téléphoniques, et parfois d'échange d'informations *sur un post-it (Doc 7)*. Cette communication était, la plupart du temps, à l'initiative du travailleur social.

Tableau 36 : Connaissance du secteur social et échanges

Codes	Références
Absence de contact personnel	<i>Doc 1 : Non personnellement j'en connais pas. J'en ai déjà eu au téléphone. Mais en fait on n'en connaît pas vraiment, et ça ce serait peut être bien de les connaître plus, oui.</i> <i>Doc 8 : mon réseau n'est pas forcément si solide que ça, (...) dire "attendez j'ai un problème de machin truc, je vous envoie untel vous allez voir il-elle travaille super bien" non j'ai pas vraiment en fait, faut avouer!</i>
Lieu de travail	<i>Doc 4 : Il existe des assistantes sociales à la CPAM, il en existe aussi dans les CCAS.</i>
Contact à l'initiative du TS	<i>Doc 7 : Oui, j'ai déjà eu au téléphone, soit des assistantes sociales, soit des infirmières qui travaillent dans des centres sociaux et qui m'appellent pour tel ou tel patient, oui ça arrive...</i>
Patient source d'information	<i>Et comment les avez vous connues ces assistantes sociales?</i> <i>Doc 9 : Bah ce sont des patientes à moi. (rire)</i>

- Le secteur associatif

Concernant les centres sociaux ou associations de solidarité, s'ils étaient parfois repérés géographiquement, peu de médecins connaissaient dans le détail leur fonction ou leur organisation. Ils n'étaient pas tenus informés de leurs actions. C'était d'ailleurs par le biais de leurs patients qu'ils obtenaient des informations. Aucune communication n'était effective avec ce secteur.

Tableau 37 : Connaissance du secteur associatif et échanges

Codes	Références
Situation géographique	<i>Doc 4 : Oui mais les adresses je les ai en tête parce qu'en passant dans la rue on voit des files d'attente sur le trottoir donc on sait que ce sont des lieux où ils peuvent aller chercher.</i>
Connaissance approximative	<i>Doc 10 : Ah ouais j'en connais ! Je sais pas les noms mais j'en vois ouais, il y a des gens qui sont pris en charge comme ça, je sais pas les noms des associations.</i>
Patient source d'information	<i>Doc 5 : Ah ben bien sûr oui je commence à avoir une idée de ce qu'ils font là, le centre social juste à côté, parce que j'en discute avec les patients qui me racontent.</i>

3. Une orientation sous influence

L'orientation vers les secteurs social et associatif peut présenter un intérêt dans la prise en charge du patient en situation de précarité. Pour de multiples raisons le médecin va choisir de réorienter son patient vers ce secteur : le problème présenté dépasse ses compétences, le point de vue d'un travailleur social peut éclairer sa prise en charge, il connaît le TS, il connaît la structure, et celle-ci est implantée dans le quartier. Au contraire, l'absence d'information concernant ce secteur, l'absence de contact personnalisé, la complexité apparente et le manque de moyens découragent le médecin dans son orientation.

Tableau 38 : Facteurs influençant l'orientation du patient

	Atouts	Obstacles
Structures médico-sociales	Structures de proximité Bien connues par les MG Point de vue complémentaire	Pas de contact personnel Communication insuffisante
Structures sociales	Les travailleurs sociaux semblent être demandeurs Point de vue complémentaire Compétences complémentaires	Complexité apparente : - Informations insuffisantes - Mauvaise stabilité / turn over - inaccessibilité / AS débordées Manque de moyen / Réponses inadaptées
Structures associatives	Structures de proximité Lien social Actions de promotions de la santé (ateliers cuisine, gym...)	Pas ou peu de communication

C. Synthèse

Les médecins généralistes adaptent leur prise en charge à la situation de précarité du patient.

D'une part, la consultation avec le patient *précaire* est particulière. Le déroulé est différent : un temps est requis pour l'appréhension du volet psycho-social, et un temps pour des explications appuyées. Les compétences mobilisées par le médecin font appel à ses capacités d'adaptation. La relation qui se crée alors avec le patient peut être plus intense qu'habituellement, notamment en raison de la charge émotionnelle et du lien de confiance.

D'autre part, l'orientation qui vient compléter la prise en charge est spécifique. Les médecins généralistes adressent volontiers au secteur médico-social, avec lequel ils ont relativement aisément des échanges. Parfois ils redirigent vers les secteurs social ou associatif, qu'ils connaissent moins bien. Cette orientation présente un intérêt quand la situation ne relève pas de leur domaine de compétence, mais aussi quand ils sont démunis en recours.

V. Des pistes pour faciliter la prise en charge

A. Interagir avec le monde social

L'approche pluridisciplinaire peut apporter une plus value à la prise en charge des patients en situation de précarité. Pour cela, les médecins ont affirmé qu'il serait intéressant d'échanger davantage avec les travailleurs sociaux. Mais les orientations vers le secteur social leur semblaient parfois complexes. Selon eux il faut avant tout *simplifier*.

Un médecin soulignait l'importance des orientations locales car les patients n'ont pas toujours les moyens de se déplacer. Un autre proposait l'idée d'un référent social par quartier. Un dernier imaginait une structure partenaire « fiable ».

Beaucoup ont évoqué l'intérêt d'avoir un annuaire social clair et nominatif pour faciliter les échanges.

Deux médecins ont évoqué l'importance du centre social dans le quartier et l'intérêt d'avoir un contact plus étroit avec ces structures.

Tableau 39 : Favoriser les interactions avec le secteur social

Codes	Références
Approche pluridisciplinaire	<i>Doc 8 : justement je reprends l'exemple des CMP, les CMP ça marche quand même pas si mal que ça (...), et comme par hasard ce sont des équipes pluridisciplinaires. On mélange allègrement du médical, du paramédical, du social avec le médical, (...) et ça fonctionne bien justement parce que c'est poly disciplinaire, et plus ou moins en équipe. Alors oui c'est vrai que médecin généraliste seul c'est peut être pas simple...</i>
Actions locales	<i>Doc 5 : On s'appuie sur ça, des choses très locales parce qu'on ne peut pas envoyer les gens à l'autre bout de Roubaix c'est pas possible.</i>
Un référent social	<i>Doc 5 : Un référent social par quartier clairement identifié ça nous aiderait déjà bien. Qu'il puisse ensuite nous aider en disant ben là vous pouvez faire appel à telle chose ou telle chose... parce que même si nous on est là depuis longtemps on ne sait pas toujours.</i>
Une structure fiable	<i>Doc 12 : Donc c'est pour ça que je vous dis, on est déjà beaucoup impliqués, donc si on n'a pas à côté une structure qui soit assez fiable à la limite ben c'est tout, on dit aux gens allez voir l'assistante sociale sans en faire plus.</i>
Annuaire social	<i>Doc 9 : Peut-être aussi avoir un recueil d'intervenants avec des numéros de téléphone et des adresses... qu'il soit officialisé, un peu comme si on avait des arbres décisionnels à appliquer. Chose que nous n'avons pas hein ? Là on travaille un peu dans l'artisanat...</i>
Associations	<i>Doc 2: ce qui manque dans la prise en charge c'est en effet de les orienter plus vers des associations. Ça, je ne le fais pas.</i>
Centre social	<i>Doc 11: Je pense que le centre social, c'est le lieu de vie du quartier, c'est un lieu de rencontre, c'est un lieu où on peut apprendre des choses. Moi j'aimerais vraiment bien qu'il y ait une communication plus importante avec le centre social, vraiment. Pour moi c'est important, c'est vraiment important.</i>

B. Adapter l'organisation des soins

Plusieurs médecins ont considéré qu'il existait un décalage entre les politiques mises en place et la réalité du terrain.

Certains pensaient que le système mériterait d'être remis en question. Le format actuel de la consultation libérale ne serait pas adapté aux patients en situation de précarité. Deux d'entre eux ont évoqué la « Maison de santé » comme une expérience réussie. L'un parce que la rémunération à la vacation et non à l'acte lui semblait plus appropriée. L'autre parce qu'elle pouvait y travailler en collaboration avec des paramédicaux et assistants sociaux. Ainsi l'idée de « dispensaire » est ressortie plusieurs fois. Une idée qui permettrait d'avoir une approche pluridisciplinaire, et de consacrer le temps nécessaire aux situations les plus complexes. S'interrogeant sur la coexistence du système actuel avec des dispensaires destinés aux patients les plus fragiles, l'un d'entre eux pensait « *vaut mieux une médecine à deux vitesses qui marche bien, qu'une médecine à une seule vitesse tout court. Avec ceux qui sont dedans et ceux qui sont pas dedans* » (Doc 8).

Par ailleurs quelques-uns ont soulevé le thème de la prévention. Selon eux il faudrait pouvoir en faire davantage au cabinet. Il faudrait également pouvoir valoriser ces actes. L'une d'entre eux avait une vague connaissance des nouvelles formes d'organisation de maison médicale. Il lui semblait que ces systèmes pouvaient avoir un impact positif sur les prises en charge. Mais cela paraissait trop complexe à mettre en œuvre.

Tableau 40 : Adapter l'organisation des soins

Codes	Références
Implication politique	<p><i>Doc 5 : J'aimerais bien que les politiques viennent sur le terrain voir un peu ce qui se passe... (...) une vraie prise de conscience de réalités qui n'ont rien à voir avec ce qui ressort dans les bureaux des ministères je pense (rire) (...) c'est pas une exception en quinze ans, c'est toujours les mêmes problèmes qui reviennent.</i></p> <p><i>Doc 12 : Une patiente me dit « l'autre jour vous m'avez donné ça, je voudrais ravoir ça parce que c'est un bon médicament ». (elle montre une étiquette sur laquelle est inscrit un numéro de lot) ... Marisol Touraine elle sait pas ça !</i></p>
Système libéral inadapté ?	<p><i>Doc 8 : Alors c'est vrai que tout le monde va dire, bah si y a les AME, les CMU. Mais tous ceux qui n'ont pas leurs papiers à jour, qui connaissent pas... donc pourquoi pas des dispensaires. (...) Voilà attention avec beaucoup de prudence, mais voilà une idée comme ça, je sais pas, c'est à réfléchir?</i></p> <p><i>Doc 9 : Bah dans le système libéral actuel, c'est difficile de... Je trouve que la consultation n'est pas adaptée. Il faudrait prendre plus de temps mais matériellement c'est pas possible et puis je pense que le coût de la consultation mériterait d'être revu puisqu'on est dans un système libéral hein...</i></p>
Prévention	<p><i>Doc 12 : Mais à la limite il faudrait pouvoir faire quelque chose en amont. Le problème c'est qu'en France la prévention c'est pas quelque chose qui a de la valeur quoi. Nous on privilégie toujours le soin et on ne privilégie jamais la prévention. Mais je pense qu'après, au sein du cabinet, mais il faudrait qu'il y ait des sous pour ça. Il faut parce que c'est long, ça prend du temps, (...) Dans les maisons médicales il y en a qui essaient de faire ce genre de choses, dans les jeunes praticiens et c'est très très bien mais le problème c'est que c'est assez complexe dans le mode de fonctionnement quoi.</i></p> <p><i>Doc 7 : Oui, mais moi je pense que c'est l'avenir de la médecine hein, enfin là on mise tout sur les médicaments dernièrement sortis qui coûtent une fortune, qui n'enrichissent que les labos et la prévention c'est encore, c'est rien... Je trouve ça dingue qu'en 2016 on n'ait pas agit plus que ça, alors qu'on sait, on sait qu'une grande partie du traitement en médecine c'est de la prévention.</i></p>

C. Agir sur le patient

Les médecins ont, à de multiples reprises, constaté que certains patients avaient une culture médicale très limitée. Ce constat valait également pour l'hygiène de vie. Afin de répondre à cette problématique, ils ont suggéré des « formations » ou « conférences » destinées aux patients. Comme *des cours de rattrapage*, plaisantait l'un d'entre eux.

Certains pensaient également que le système de santé était précieux, et qu'il fallait le préserver. Pour cela ils apprécieraient que des mesures soient prises pour responsabiliser le patient.

Enfin, pour un médecin il semblait naturel que pour améliorer l'état de santé du patient il fallait agir sur sa condition sociale. Et avant tout, en lui permettant de trouver un emploi, une occupation.

Tableau 41 : Agir sur le patient

Codes	Références
Education	<i>Doc 10 : Eh bé ouais! Ben il faudrait qu'ils aient des cours, il faudrait qu'ils aillent à des stages ou des cours d'éducation euh ... diététique saine, ce serait bien hein mais bon... c'est ce qu'il leur faudrait! Qu'ils aient des cours de rattrapage pour qu'on leur apprennent ce qu'ils peuvent manger ou pas. (rire)</i>
Responsabilité	<i>Doc 7 : Il faut les responsabiliser, c'est évident. Il y a un problème de responsabilité quelque part. D'accord. De toute façon, je pense que ce n'est pas propre à Roubaix, ça se voit un peu plus ici mais je pense que c'est partout... La Médecine est plus ce qu'elle était. Avant, c'était presque l'inverse, on osait à peine déranger un médecin maintenant on se fait engueuler comme si on était un vendeur lambda dans un magasin lambda quoi donc... voilà.</i>
Insertion sociale	<i>Doc 1 : je pense que, à la base il faudrait qu'ils aient du travail. Il faudrait arriver à ce que, même... je pense que pour les femmes qu'elles aient un travail à mi-temps. (...) Ça c'est fort important, il faut qu'ils se sentent utiles. (...) Je pense qu'il faut lutter contre l'ennui.</i>

DISCUSSION

Leur description étoffée de la précarité démontre l'expertise des médecins généralistes dans ce domaine. Ils établissent, de façon évidente, un lien entre situation de précarité et apparition ou aggravation de pathologies. Aussi, pour améliorer l'état de santé de leurs patients, ils s'attellent à les considérer dans leur globalité. Cette approche suggère une prise en charge particulière. D'une part le contenu de la consultation et le comportement du soignant s'adaptent. D'autre part, une collaboration avec le secteur médico-social et parfois avec le secteur social et associatif s'impose. Si les compétences et qualités humaines du médecin généraliste sont des caractéristiques qui lui sont propres, ses échanges avec le monde social impliquent plusieurs facteurs. En effet, l'implantation très locale des structures sociales, l'existence de personnes référentes en leur sein et la connaissance de leur fonctionnement favorisent les interactions. A l'inverse, le manque d'information les concernant et la complexité à les joindre sont des obstacles à une collaboration médico-sociale.

I. Forces et faiblesses de l'étude

L'appréhension du patient en situation de précarité en médecine générale a fait l'objet de nombreuses études. Le principe d'orienter notre recherche à l'échelle d'une ville, pour y décrire les interactions médico-sociales et médico-associatives, constitue une originalité.

Certes la limitation à un secteur spécifique pourrait être interprétée comme un biais de sélection. Et il serait possible de considérer notre échantillon comme non représentatif de la population « médecin généraliste ». Néanmoins, Roubaix est un territoire particulièrement dense en précarité. En cela, l'étude des pratiques médicales dans cette ville augmente la possibilité d'identifier les caractéristiques

liées à la prise en charge de ce type de patient. Par ailleurs, déterminer la place des structures sociales et associatives, nous imposait une approche locale.

Aucune information précise concernant le sujet de l'entretien n'a été communiquée au préalable. Les médecins interrogés découvraient donc les questions le jour de l'entretien. Cela peut constituer un biais de mémoire. Ils ont pu faire part des situations les plus récentes dans leur pratique omettant parfois les plus générales.

Enfin, le biais d'interprétation est inhérent au principe de la recherche qualitative. Cependant, la retranscription fidèle des entretiens et la triangulation des données ont permis de l'atténuer.

II. Comparaison à la littérature

A. Précarité et inégalités sociales de santé

A l'image de nos travaux, de nombreuses données font état d'un lien entre santé et situation de précarité. Nous citerons ainsi quelques exemples de travaux qui appuient et étayent la relation entre précarité et ISS.

Concernant la malnutrition, une étude menée sur 32 435 hommes et 16 378 femmes de janvier 2003 à décembre 2006 démontre que la prévalence du diabète chez les patients en situation de précarité (définis par leur appartenance au cinquième quintile de la distribution du score EPICES) est trois à huit fois plus élevée que chez les non précaires (appartenance au premier quintile) (17). Cette étude précise par ailleurs que plusieurs facteurs cardio-vasculaires, dont l'obésité et la dyslipidémie, sont significativement plus fréquents dans cette population. Ces résultats rejoignent donc les impressions de nos interviewés sur les problèmes de nutrition chez les patients précaires.

Par ailleurs, un travail de recherche a mesuré l'observance de la contraception chez les patientes en situation de précarité : 40% d'entre elles oublient au moins une fois par mois leur pilule contre 20% chez les non précaires (18). L'auteur de cette étude cite comme motifs de ces difficultés : les situations familiales et salariales difficiles, l'isolement social des femmes ainsi que le caractère précaire du mode d'habitation. Cela démontre, comme le suggèrent les médecins interrogés, la difficulté pour les patients les plus fragiles, à se conformer à un traitement pourtant simple.

Toujours relatif à l'observance, l'article du Pr. Reach, diabétologue, sur la non observance thérapeutique (19) affirme que *dans la mesure où elle est souvent observée dans le cadre de la précarité, la non observance a une signification sociale.*

Sur le plan psychologique, une étude souligne l'influence de la précarisation sur le rapport à soi (20). L'auteur y explique comment ces situations sont à l'origine de troubles et en particulier d'anxiété. Il apporte une nuance intéressante en spécifiant que les processus de précarisation doivent aussi être analysés *en fonction du rapport que les individus entretiennent à leur situation, et plus particulièrement à leur trajectoire.*

Enfin, la situation sociale et notamment l'emploi sont considérés dans la littérature comme des déterminants sociaux de santé majeurs. Ainsi, une revue de littérature menée en 2004 conclut qu'en matière de santé perçue, de morbidité et de recours aux soins, les chômeurs ont un désavantage important (21).

B. Caractéristiques de la prise en charge

1. Les rôles du médecin généraliste

Dans notre recherche, les médecins généralistes considèrent qu'ils ont un point de vue privilégié sur les situations de précarité. La littérature va dans ce sens. Un article dans la Revue du Praticien stipule que *les spécificités de sa pratique (large accès aux différentes catégories sociales, prise en charge de l'ensemble des*

pathologies, suivi au long cours) placent le médecin généraliste dans une situation de témoin privilégié et d'acteur dans la lutte contre les inégalités sociales de santé (22). En tant que tel, ils endossent des rôles qui dépassent celui de simple soignant. Ce regard sur la globalité du patient oblige le médecin à devoir parfois solutionner des problèmes psycho-sociaux plus que médicaux.

A ce sujet une revue de littérature (23) réalisée dans le cadre d'une thèse en 2011 se focalise sur les compétences psycho sociales des médecins généralistes. Elle montre que celui-ci peut *renverser la logique de non prise en compte, ou pire de dévalorisation des personnes les plus vulnérables*. Elle révèle également que la qualité de la relation soignant-soigné a des effets bénéfiques sur la santé. La compétence relationnelle constitue ainsi une des réponses aux inégalités d'accès aux soins.

Une autre revue de littérature cible des enquêtes réalisées auprès de médecins généralistes belges et européens francophones, sur « la prévention en médecine générale en milieux défavorisés ». Cette étude révèle le rôle majeur des médecins généralistes dans les milieux défavorisés. Elle précise que la mise en place d'un suivi rapproché - stratégie utilisée par les médecins interrogés dans notre travail - est une façon de faire de la prévention. L'auteur considère ainsi que la prévention en milieux défavorisés n'est *donc pas uniquement médicale, mais aussi, et peut-être avant tout sociale et individuelle (24)*.

2. L'approche globale

L'approche globale du patient est largement plébiscitée dans les discours des médecins interrogés, comme dans la littérature. D'ailleurs la définition européenne de la médecine générale, donnée par la WONCA, souligne l'importance *d'une approche holistique du patient, sur le modèle biopsychosocial, en intégrant l'impact des facteurs sociaux, culturels et environnementaux sur la santé (25)*.

D'un point de vue sociologique, ce modèle fait référence. Au Québec, en 1985, des chercheurs définissent ainsi la maladie comme une *conduite sociale*. Ils estiment qu'elle est le plus souvent accompagnée *de certains comportements qui sont,*

fonction de facteurs objectifs et subjectifs, par nature sociologiques et psychologiques et non pas biologiques. Dans cette approche, il devient inconcevable que le médecin soit le seul recours possible en cas de maladie. Les auteurs vont plus loin et ajoutent que la médecine moderne a acquis *une position de dominance pratiquement incontestée* qui a entraîné l'occultation de *l'étiologie sociale des maladies.* (26)

Pourtant nos résultats mettent en perspective la considération quasi-systématique des facteurs sociaux qui influencent l'état de santé, la maladie ou le comportement du malade.

Bien que ces conclusions semblent contradictoires, elles ont en fait un lien. Si le praticien sait repérer les difficultés psycho-sociales de son patient, sa prise en charge reste avant tout médicale. D'ailleurs il n'est pas toujours d'accord pour endosser un rôle social. À ce sujet, une étude illustre la situation *d'anomie*⁹ dans laquelle il se retrouve face à la complexité de certaines prises en charges. Les émotions créées par ces consultations, leur conception du métier et de la relation médecin-malade en sont les raisons avancées. Cette anomie se traduit par *une grande diversité dans les prises en charge médicales, que ce soit en matière de prescriptions, d'orientation vers d'autres professionnels de santé ou de recours à des interlocuteurs sociaux.* Ces affirmations rejoignent l'impression de « bricoler » mentionnée à plusieurs reprises lors de nos entretiens. Pour l'auteur de cette étude, alors que certaines pratiques réduisent les inégalités sociales de santé, d'autres contribuent à les renforcer (27).

Les prises en charge médicales ont donc bel et bien tendance à occulter l'étiologie sociale de la maladie, ou du moins à l'aborder avec les mauvais outils.

⁹ L'anomie est un concept sociologique. Il traduit l'inefficacité des normes d'une société et le désordre que cela implique.

C. Collaboration médico-sociale

Démuni face à la complexité des situations, le médecin est pourtant souvent sollicité par ses patients pour des difficultés qui dépassent la sphère médicale. Nous expliquons cela par le lien de confiance établi en colloque singulier et par le sentiment de sécurité qu'il procure. Un autre éclairage peut cependant justifier ce recours à la médecine : le concept de *médicalisation de la société* (28). Solliciter le système de santé offre deux avantages : il est facilement accessible et semble pouvoir *tout guérir*.

Néanmoins, la plupart des médecins sont conscients de leurs limites. Cet état de conscience génère parfois frustration et tristesse. La réorientation vers le secteur social et associatif constitue alors un recours intéressant. La collaboration avec un travailleur social permet dans ce contexte un contre-transfert (29), et libère le médecin de toute charge émotionnelle.

Pourtant, loin d'être systématiques, les échanges avec le secteur social sont variables, voire aléatoires. Notre étude met en évidence la nécessité d'information pour améliorer cette collaboration. Un mémoire sur la collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et santé (30) va plus loin. L'auteur suggère un engagement des deux acteurs dans *une démarche d'intercompréhension*. Il ajoute que ce *mouvement fait d'instabilité* tend alors vers l'émergence d'un « acteur collectif ».

L'élaboration d'un partenariat avec des travailleurs sociaux permettrait donc d'apporter une réponse construite à la complexité de la précarité. D'ailleurs, l'évolution de l'organisation des soins ces dernières années tend vers des coopérations interprofessionnelles pour réduire les ISS (31). Elles prennent la forme de maisons de santé pluridisciplinaires ou de réseaux de santé¹⁰.

¹⁰ « Constitués en majorité sous forme d'association loi 1901, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge. » (32)

III. La pluridisciplinarité : un atout majeur

Au regard de nos conclusions, nous émettons l'hypothèse que la prise en charge des patients en situation de précarité doit résulter d'une démarche construite et pluridisciplinaire. La réduction des inégalités sociales de santé passe par l'appréhension du sujet dans sa globalité. Elle nécessite alors la reconnaissance de nos limites en tant que soignants d'une part et impose une collaboration avec les secteurs spécifiques lorsque la souffrance du patient est sociale d'autre part.

C'est ainsi que dépassant *l'émotion ou la charité*, le moteur de l'action devient *la raison ou l'éthique* (29).

IV. Intérêt d'une action locale de santé

L'organisation des soins doit considérer cette approche pluridisciplinaire, et s'y adapter à l'échelle locale. Ce concept est celui de la santé communautaire. Nous défendons ainsi l'idée qu'une amélioration de l'état de santé de nos patients passe par une collaboration avec les acteurs sociaux implantés dans leur bassin de vie. L'objectif d'une telle organisation doit être de repérer plus largement les déterminants sociaux de santé, comme le préconise l'étude de Chauvin et Parizot (33).

Les ateliers santé ville mis en place il y a 15 ans participent à la concrétisation d'un tel objectif. Ces ateliers visent à *coordonner de multiples acteurs dont l'action influence les déterminants de santé et à améliorer la santé des populations les plus précaires*. Ils veulent également *rendre les habitants acteurs de leur santé et mobiliser le droit commun au bénéfice des quartiers les plus en difficultés* (34).

Parce que le territoire roubaisien est un des plus pourvoyeurs de précarité en France, de tels projets méritent d'être développés, en partenariat avec les médecins généralistes.

CONCLUSION

Notre étude met en évidence le rôle pivot du médecin généraliste dans la réduction des inégalités sociales de santé. Parce qu'il crée, avec les patients les plus fragiles, une relation de confiance très forte, il devient un recours privilégié. Il est alors l'un des professionnels les plus à même à repérer les déterminants sociaux de santé. Mais cela ne signifie pas qu'il sait les prendre en charge. Il est souvent démuni face à la souffrance sociale de ses patients. S'il veut retrouver son cœur de métier, le soin, il doit pouvoir déléguer ces prises en charge sociales. Actuellement, l'organisation de la collaboration médico-sociale est insuffisante en soins primaires. Une prise de conscience de cette pluridisciplinarité nécessaire à l'échelle locale permettrait de réduire encore les inégalités sociales de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Haut Comité de Santé Publique. Avis et Rapports. (page consultée le 18/01/16). La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. [en ligne] <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=15>
2. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Rapport au Conseil économique et social. 1987.
3. Lebaron F. Chômage précarité pauvreté. Quelques remarques sur la définition sociale des objectifs de politique économique. Regards sociologiques n°21. 2001;(12) :67-78.
4. Moulin J-J, Dauphinot V, Dupré C, et al. Inégalités de santé et comportements : Comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. BEH. 31 oct 2005;213-6.
5. Sass C, Moulin J-J, Guéguen R, et al. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH. 4 avr 2006;93-100.
6. Montaut, Danet. Les inégalités sociales de santé en France. Exploitation de l'enquête Handicap-Santé 2008. BEH
7. INPES. Situation des inégalités sociales de santé. (page consultée le 26 mai 2016) [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/situation.asp>
8. OMS. Déterminants sociaux de la santé. (page consultée le 26 mai 2016) [en ligne] http://www.who.int/social_determinants/fr/
9. Aiach P, Fassin D. L'origine et les fondements de s inégalités sociales de santé. La revue du Praticien. Déc 2004; 2221-7
10. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. La santé en France en 2002. 2002 janv.
11. Rapport de l'Académie nationale de médecine. La santé en France, ministère de la Santé et de la Solidarité. La prévention. 2002.
12. Ministère des affaires sociales et de la santé. (page consultée le 24 mai 2016) Parcours de santé, de soins et de vie. Une approche globale au plus près des patients. 2016. [en ligne] <http://www.social-santé.gouv.fr>

13. Maurin L, Mazery V. Les taux de pauvreté des 100 plus grandes communes de France. Compas études. 2014 janv 11.
14. INSEE. Commune de Roubaix - Dossier complet. (page consultée le 25 mai 2016) [en ligne] http://www.insee.fr/fr/themes/dossier_complet.asp?codgeo=COM-59512
15. Observatoire Régional de la Santé - Nord Pas de Calais. Etudes, analyses, statistiques de l'état de santé de la population du Nord-Pas-de-Calais. (page consultée le 25 mai 2016) [en ligne] <http://www.orsnpdc.org>
16. Groupe de Recherche pour l'Aide et l'Accès au logement. Accueil. (page consultée le 12 mai 2016) [en ligne] <http://graal-logement.fr/fr/>
17. Guize L, Jaffiol C, Gueniot M, Bringer J, Giudicelli C, Tramoni M, et al. Diabète et précarité Étude d'une vaste population française. Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2008;192(9):1707-23.
18. Oster M-L. Influence de la précarité sur l'observance de la contraception. 5 avr 2013;82.
19. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. Médecine. 1 nov 2006;2(9):411-5.
20. Fieulaine N, Apostolidis T, Olivetto F. Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale. 1 déc 2006;Numéro 72(4):51-64.
21. Sermet C, Khlat M. La santé des chômeurs en France : revue de la littérature. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. oct 2004;52(5):465-74.
22. Flores P, Falcoff H. Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités sociales de santé ? : Inégalités sociales de santé. La Revue du praticien.2004;54(20):2263-70.
23. Chatelard S. Compétences psycho-sociales en médecine générale face aux inégalités sociales de santé: revue de la littérature [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
24. Heremans P, Deccache A. Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés. Pratiques. Santé Publique. 1999;2 :225-241.
25. WONCA. Définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. Bureau européen de l'OMS. 2002.
26. Renaud M. De la sociologie médicale à la sociologie de la santé; trente ans de recherche sur le malade et la maladie. Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Jacques Dufresne, Fernand Dumont et Yves Martin, Traité d'anthropologie médicale. L'Institution de la santé et de la maladie. 2005

27. De Pauw C. Prise en charge des personnes précaires en médecine générale: un levier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? [Thèse de doctorat]. [France]: Centre lillois d'études et de recherches sociologiques et économiques; 2012.
28. Foucault M. Histoire de la médicalisation. Hermès, La revue. 1988;(2)11-29.
29. Ben Hammou K. Le patient précaire au cabinet de médecine générale: Le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2014.
30. Landanger B, Lyet P. La collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé [Mémoire de DSTS]. 2004. 97 p.
31. Couffinhal A, Dourgnon P, Geoffard P-Y, et al. Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen. Bulletin d'information en économie de la santé. IRDES. Fév 2005;(93).
32. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Les réseaux de santé. (page consultée le 15 mai 2016) [en ligne] <http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/article/les-reseaux-de-sante>
33. Chauvin P, Parizot I. Santé et recours aux soins des populations vulnérables. Ed. INSERM. 2005;pp.325
34. Ateliers Santé Ville, Plateforme nationale de ressource. Rapport d'analyse | ASV (page consultée le 27 mai 2016) [en ligne] <http://www.plateforme-asv.org/capitalisation/rapport-danalyse>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretiens

Présentation

- Depuis combien de temps exercez-vous à Roubaix ?
- Décrivez votre mode d'exercice : Libéral exclusivement ? Salarié ?
- Décrivez votre activité : consultation, visite, pratique du tiers payant.

Patient et précarité

- Diriez-vous qu'il vous arrive de rencontrer des patients en situation de précarité ? à quelle fréquence ?
- Comment décririez-vous le « patient précaire » ?
- La définition de la précarité donnée par le Haut Comité de Santé Publique en 1998 est la suivante: « La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur **des situations de fragilisation économique, sociale et familiale** » Qu'en pensez-vous ?
- Selon vous quels problèmes de santé peuvent être causés par une situation précaire?

Accès aux soins et précarité

- Quand on est un patient en situation de précarité, quels sont les obstacles que l'on peut rencontrer pour accéder aux soins ?
- L'argent peut-il être un obstacle à l'accès aux soins ? Les dépassements d'honoraires ? Les médicaments non remboursés ?
- Qu'est-ce qui peut améliorer l'accès aux soins ?

Soins et précarité

- En quoi le temps de la consultation avec un patient précaire peut-il être particulier ?
- comment décririez-vous votre attitude, vos sentiments pendant cette consultation ?
- quelles ressources mobilisez-vous pour tendre vers l'amélioration de l'état de votre patient ?

Réseau

- Pour compléter vos soins, à quelles structures sociales (institution ou association) avez-vous déjà eu recours ?
- Comment gérez-vous les situations suivantes: enfance en danger, femmes victimes de violence, addiction, logement insalubre, troubles psychologiques / dépression, isolement solitude, alimentation, dénutrition, obésité...

Synthèse

- En quoi la prise en charge des patients précaires est complexe ?
- Comment pourrait-elle être améliorée ?
- Avez-vous des commentaires à ajouter ?

Annexe 2 : Exemple d'entretien

ENTRETIEN N°11

Moi : Je commence par les présentations. Depuis combien de temps exercez-vous à Roubaix ?

Doc 11 : 36 ans

C'était un choix de venir travailler à Roubaix ou... ?

Oui

Pour quelle raison ?

Parce que j'ai toujours été roubaisien. Donc en fait je suis né à Roubaix, j'ai habité à Roubaix... au moment où je me suis installé en janvier 1980, et donc à l'époque il y avait un manque de médecin dans le quartier ici, puisqu'il y avait un médecin qui avait cessé son activité sans être remplacé tout près d'ici rue du Pile. Il y avait un médecin qui était installé pas très loin d'ici avenue Brams, mais au cœur du quartier du pile ici, il n'y avait personne en pratique. Donc, il s'est trouvé qu'une maison était à vendre dans le quartier pas très loin d'ici, et donc qui était appropriée pour avoir un cabinet médical et faire office d'habitation en même temps, puisqu'à l'époque il n'y avait pas les moyens actuels qui permettaient facilement d'avoir un cabinet décalé par rapport à l'habitation. Il n'y avait pas les transferts d'appel, pas les portables, pas toutes ces choses... pas le transfert d'appel surtout. Donc il fallait trouver, si on voulait s'installer seul et créer seul, une maison où on pouvait avoir son cabinet, et son habitation en même temps. Donc c'est comme ça que j'ai acheté la maison qui était rue Molière à l'époque, et donc que je me suis installé en janvier 1980. Et en

plus c'était un quartier qui me plaisait bien parce que c'était un quartier populaire... et ma foi, oui c'était plaisant bien sûr oui, tout à fait...

C'était l'exercice que vous aviez envie d'avoir...

Tout à fait oui. Je voulais créer, d'une part, ça c'était une chose, pourquoi pas à Roubaix ensuite, et pourquoi pas dans un quartier populaire oui tout à fait. Oui c'était un choix.

Dans le quartier où vous exercez vous diriez que vous avez eu l'occasion de rencontrer des patients en situation de précarité ?

Ah bah oui évidemment. Oui bien sûr...

Comment vous définiriez la situation de précarité de vos patients ?

Eh bien ce sont des gens qui vivent uniquement des aides publiques quoi. Ce sont des gens qui n'ont que le RSA... qui ont évidemment la CMU, qui ont un niveau (*hésitation*) un niveau d'instruction j'allais dire totalement basique, qui sont souvent sortis du système scolaire ; alors soit qu'ils sont sortis du système scolaire sans diplôme, soit qui ont eu une activité professionnelle (*hésitation*) sur un poste uniquement d'exécution, qu'ils ont perdu et qui n'ont pas retrouvé de travail quoi. Oui c'est ça.

Ça colle avec la définition que moi j'avais trouvé, celle qui est donnée par le haut comité de santé publique, et qui disait qu'en fait c'était des situations de fragilisation

économique, sociale et familiale.

C'est ça tout à fait.

Vous avez bien décrit la fragilisation économique, sociale aussi, familiale peut être un peu moins mais...

Oui, les mères isolées. Oui, oui c'est ça...

Ou les conflits familiaux, ou les ... (hésitations)

Oui... (*Hésitation*). Les conflits familiaux oui, bon, mais enfin ça, c'est pas forcément lié à la situation économique. Après tout des conflits familiaux il doit y en avoir dans tous les milieux, mais euh (*hésitation*), les mères isolées oui, ça il y en a beaucoup. Des familles « re re re constituées », avec autant de noms que d'enfants. Ça ça arrive souvent.

Oui, éclatement de la cellule familiale en général

Oui tout à fait

D'accord. Est-ce que selon vous certains problèmes de santé peuvent être liés à la situation de précarité ?

Bien sûr.

Oui ? Par exemple ?

Problèmes dentaires, premier point. Problème d'hygiène de vie globalement. Hygiène alimentaire, ça c'est tout à fait évident. Niveau général d'éducation sur ce qu'il faut faire pour être en bonne santé. Donc, euh...(hésitation) les règles évidentes de diététique, d'hygiène de vie, d'activité physique pour les enfants, d'activité physique pour les adultes aussi bien entendu. Les addictions à l'alcool, les addictions au tabac. Et puis éventuellement au cannabis aussi, ça c'est un domaine peut être où je m'y connais un peu moins. Mais, oui oui tout

à fait bien sûr oui.

Dans votre cabinet quand vous êtes face à un patient qui présente une pathologie, qui est le retentissement de sa situation de précarité ou qui découle de cette situation de précarité, comment vous pourriez décrire votre attitude ?

Bah c'est souvent une attitude éducative. On essaye de rappeler les bons principes (*hésitations*), comme sur ce que je venais de dire tout à l'heure en fait, on essaye de leur faire prendre conscience justement de la nécessité d'une alimentation équilibrée, de l'arrêt du tabac, éventuellement de l'alcool, d'un exercice physique régulier... (*Hésitation*). Ou, essayer aussi de calmer un peu – ça ce n'est pas forcément la précarité- mais de calmer un peu le jeu sur les écrans pour les enfants. On a souvent quand même des enfants qui sont collés devant la télé en permanence quasiment et, c'est vrai que là j'alerte souvent en disant que c'est pas très bon pour eux toujours d'être face à un écran, une télé ou une chose comme ça. Oui, c'est ça.

Est-ce que vous avez des outils particuliers dans cette prise en charge éducative ?

(*hésitation*) Non.

Des fiches diététiques, des choses comme ça ? Des choses que vous avez développées pendant votre exercice ?

(*Hésitation*) Non. Des fiches diététiques non, c'est vrai. Non pas spécialement. On rappelle, oralement. Mais c'est vrai que je n'ai pas (*hésitation*) je ne suis pas certain d'ailleurs que ce genre de chose puisse avoir un bon impact chez les gens qui sont en état de précarité. Parce que ils ont un petit peu de mal avec l'écrit à mon avis.

D'accord.

On le voit chez eux. Quand on va chez eux notamment, et qu'il faut retrouver une prise de sang ou bien un truc dans le genre, en général il y a un tiroir avec que les derniers tracts d'Auchan (*rires*) et tout un tas de bordèle : les papiers des impôts, ceux des alloc', ceux de la CAF, éventuellement une vieille prise de sang qui date de trois ans. Enfin bref tout est (**geste + bruitage**). Je crois que l'écrit, ils ont un peu de mal à mon avis. J'ai l'impression.

Dans cette prise en charge éducative, qu'est ce qui pourrait aider un médecin généraliste dans son exercice ? Pour accompagner le patient ?

Alors. Moi je suis assez branché diététique, enfin je pense que la diététique est vraiment quelque chose d'important on est tous d'accord là-dessus. Je pense que déjà, l'accès à (*hésitation*) justement à une diététicienne par exemple devrait être beaucoup plus facile, devrait être remboursé par l'assurance maladie. Je ne sais pas où envoyer les gens, en pratique. La prise en charge par exemple de l'obésité, bon il y a le Cétradimn mais ce n'est pas vraiment leur vocation, leur vocation propre finalement puisque c'est plus diabète et maladie métabolique donc en fait quelqu'un qui est simplement avec un surpoids disons (*hésitation*) je ne sais pas où l'envoyer. Je ne sais pas où l'envoyer chez quelqu'un qui pourrait justement prendre du temps pour lui expliquer, mais de façon pratique, les attitudes face à l'alimentation, des recettes éventuellement pour voir ça, peut-être sur un travail de groupe, peut-être sur éventuellement un travail au niveau du centre social. Je sais que ça existe parfois des ateliers cuisine et tout ça. Mais ça

j'avoue que c'est vrai qu'on n'a pas forcément de documentation. On n'a peut-être pas suffisamment de liaison avec ça au niveau des centres sociaux par exemple.

C'est un outil que vous utiliseriez le centre social ?

Sans doute. Surement. Surement. S'il y avait des ateliers diététiques par exemple, pratique – il y en a peut-être – si j'avais connaissance d'un point de vue pratique d'ateliers diététiques au niveau du centre social, adaptés aussi à toutes les cultures puisqu'évidemment ici il faut bien aussi – ça aussi c'est une complication entre parenthèse, la diététique chez les gens qui sont maghrébins et qui ne mange pas forcément la même chose que moi, donc c'est pas évident – donc oui ça c'est un vrai service, tout à fait. Surtout sur les attitudes alimentaires que je ne connais pas, ça c'est une difficulté.

Vous avez déjà eu des formations en diététique ? Vous m'avez dit que vous étiez branché nutrition...

Branché non, c'est parce que je trouve que c'est important. Je pense que la base de la bonne santé c'est d'abord une bonne alimentation. Et quand il m'arrive parfois de faire des visites à 12h15, (*son de surprise*), j'en parlais encore il n'y a pas longtemps c'est affolant ce que les enfants mangent. C'est affolant. Ça arrive de voir des enfants qui partent à l'école à 8h30 avec un paquet de chips en main, qui mangent leurs chips, ou des biscuits apéritifs, ou des curly, ou des trucs comme ça. Alors, ils ont beau voir 50 fois par jour, « évitez de manger trop gras, trop salé, trop sucré etc... » que dalle, ça ne passe pas du tout. Ça c'est affolant. Et bon, on voit le développement de l'obésité c'est évident. L'autre jour j'étais effrayé, j'étais au feu rouge à côté du lycée Maxence Van Der Meersch, il y a

une classe de troisième qui sort, je les ai regardé passer comme ça, j'ai dit mais c'est dingue, la moitié quasiment, à vue de nez, était en surpoids. La moitié, parce qu'ils bouffent n'importe quoi. Et ça évidemment après ça va être le diabète etc...

C'est un vrai retentissement de la précarité sur la santé ça.

Oui, tout à fait.

Vous parliez aussi tout à l'heure d'hygiène, est-ce que vous avez des solutions pratiques pour faire face aux problèmes d'hygiène chez vos patients ?

La propreté ?

Oui.

(Hésitation). Est-ce que la propreté est un vrai problème (*hésitation*). Je ne crois pas non.

Il me semblait que vous m'en parliez non ?

Hygiène de vie plutôt. La propreté ? Non ça ce n'est pas le vrai problème, je ne pense pas. Ça va mieux, souvent ça va mieux. Oui, je n'ai pas trop de soucis avec ça. Parfois il y a des gens qui sont « crad' », mais c'était pire avant. Oui ça me va.

(Rire) D'accord. Après dans d'autres thématiques, puisqu'on a beaucoup parlé de nutrition encore une fois, les troubles psychologiques qui peuvent être liés aux situations de précarité, on parlait de l'emploi tout à l'heure, des difficultés à accéder à l'emploi les choses comme ça, est-ce que pour les troubles psychologiques mineurs... enfin quel est votre comportement ? Comment orientez-vous ?

(Hésitation). Ça c'est vraiment le travail du généraliste. C'est une psychothérapie de soutien, avec l'écoute. C'est surtout ça. Je ne pense pas qu'il faille forcément, ni psychiatriser, ni médicaliser, ni prescrire. C'est vrai qu'on est là aussi pour permettre aux gens – ça ça fait partie du travail – de permettre aux gens justement de verbaliser leurs difficultés, d'avoir une écoute empathique. Et puis voilà, je crois que c'est comme ça que l'on peut agir, mais c'est vrai que c'est un peu le côté désespérant de certaines situations où... *(Hésitation)*. Les gens me disent, pour parler simplement, « je suis dans la merde », et puis moi je me dis à moi-même « oui mais qu'est ce que tu veux, je ne sais vraiment pas qu'est-ce qu'on peut faire ». Le gars qui a zéro formation professionnelle, qui n'a pas eu forcément l'exemple de qui l'a stimulé, enfin d'une famille comme ça, et qui se trouve à Roubaix avec les difficultés d'emploi actuelles, je ne vois pas très bien comment il va s'en sortir. Ce n'est pas évident. Ça c'est la difficulté. Moi c'est peut être ce qui me fait le plus souffrir, vraiment. C'est catastrophique. C'est affolant. Oui oui, ça c'est ce qui est dur.

C'est une souffrance dans le métier ça ?

Pour moi oui, carrément, bien sûr. Bien entendu. Mais c'est désespérant. Les gens viennent, ils nous racontent leur vie en disant « j'ai telle et telle et telle difficulté », tel problème et tout ça, mais je dis **(sur un ton grave)**, mais qu'est – ce qu'on peut faire ? Qu'est-ce qu'on peut faire ? Tu as 45 ans, zéro formation professionnelle, pas en très très bonne santé, pas très dégourdi, pas très malin, pffou... *(Souffle)*. Ils touchent un RSA, je ne sais plus combien c'est. Zéro avenir, il y a des gens qui ont zéro avenir. Si, habiter dans un HLM pourri, jusque le restant de leur jour, c'est exactement ça. Je trouve ça totalement désespérant.

Alors si, ils pourraient éventuellement se prendre en main, changer de région, il y a moyen de trouver, de s'en sortir, mais encore faut-il avoir eu la « niaque » dès le départ. S'ils avaient eu la niaque dès le départ ils n'en seraient pas là. C'est un petit peu fâcheux de dire ça mais (*hésitation*), ce n'est pas une critique non plus, moi je pense toujours – c'est marrant, il y a un truc qui m'a complètement frappé – je le dis souvent à mes internes, dans « la vie est un long fleuve tranquille », il y a le médecin qui dit Groseille, le Quesnoy, ils ne partent pas avec la même chance dans la vie les Jésus. Et ça c'est une phrase qui est mais vraiment vraie. Combien de fois j'y pense, quand je vois un bébé, je vois les parents je dis « Eh béh, si tu t'en sors toi... t'as du bol. » (*D'un ton grave*).

(Rire)

Je suis confiant. Je suis un garçon optimiste à la base. Mais des fois c'est (*il souffle*). Et quand je les vois s'en sortir, alors là, c'est une joie. Quand je vois des gamins comme ça qui naissent dans des familles un petit peu « olé olé », et qui finalement sont des jeunes gens bien élevés, avec un travail, courageux, travailleurs et tout, je dis oui c'est beau, bravo ! (*rire*). Et sinon ceux qui ne s'en sortent pas je dis (*il souffle puis rit*), c'est désespérant, bien sûr.

Puisque c'est une souffrance, en tant que médecin généraliste d'assister à ça, on peut se demander quel peut être notre réseau ? Est-ce que le réseau peut aider à ça ? Est-ce que le tissu associatif à Roubaix en particulier, sur un territoire comme celui de Roubaix, peut avoir un intérêt dans notre prise en charge ?

(*Hésitation*). Le tissu associatif... c'est-à-dire ?

Pour ces jeunes gens qui n'ont pas de

formation, pas grand-chose, pouvoir s'investir dans quelque chose de différent, pas formel j'allais dire, est-ce que pour vous c'est quelque chose qui pourrait leur permettre de se raccrocher ?

Le sport par exemple.

Oui.

Ah oui, carrément.

Justement dans votre carnet d'adresse, ou alors sur le territoire roubaisien, vous avez déjà identifié des associations comme ça, un peu de réinsertion finalement ? ou d'insertion ?

Non, objectivement non. Je n'en connais pas du tout.

Des éducateurs ?

Non plus.

Et vous orientez vers des structures sociales vos patients parfois ? Ça arrive ?

Non par mes connaissances. Je reviens sur le centre social. Le centre social c'est quelque chose que je connaissais bien, quand il y avait le centre social des Trois Ponts notamment, et je connaissais bien quand ça a commencé. Le centre social des Trois Ponts a débuté au tout début des années 1980, et je connaissais bien ce qu'il s'y passait, notamment la halte garderie, la gymnastique volontaire, les cours d'anglais, les cours de cuisine etc... Et c'est vrai que ça ça m'arrivait d'orienter les gens, en disant vous devriez y aller justement, ça vous permettrait de rencontrer des gens, sortir de votre isolement tout ça, notamment pour les mères de famille isolées. Enfin disons qu'ils se tournaient les pouces, ou plutôt qu'ils étaient isolés.

Je leur disais allez-y, vous allez rencontrer des gens et tout ça. Alors c'est vrai que par contre, j'avoue que ce qu'il se fait au centre social des Trois Ponts ici, enfin celui du Pile juste à côté, ça je n'en ai aucune connaissance, je ne sais pas du tout. Alors peut-être qu'ils communiquent, je ne sais pas comment, mais je ne sais pas ce qu'ils font. Mais c'est vrai que ça pourrait être intéressant. Je pense que le centre social c'est quelque chose d'important. Encore une fois, moi j'ai assisté à la naissance du centre social des Trois Ponts dans les années 1980, ils avaient la « pêche », le quartier des Trois Ponts n'avait rien à voir avec ce qu'il est devenu après, dans les années 1980 c'était très sympa comme quartier. Et il y avait une dynamique très positive, c'était sympa. Alors ça marche peut-être bien aussi ici, je n'en sais rien mais en tout cas je ne connais pas. Mais je pense que c'est un truc, oui c'est ça, le sport, il y a quand même beaucoup de mes jeunes patients qui font du sport. Ils font du foot notamment, beaucoup. Il y a l'équipe de rugby qui est très sympa notamment, animée par le pharmacien qui est là en face. Donc ça c'est une chose de positif aussi, oui.

Parmi les professionnels de santé sur le territoire, est-ce qu'il y a des personnes avec qui vous communiquez, en réseau ? Vous avez parlé du pharmacien, ça vous arrive de discuter de patients avec lui ?

Non. On ne se rencontre pas en pratique. On se téléphone lorsqu'il y a un souci sur l'ordonnance, c'est tout. Les infirmières oui bien sûr. On est en contact de temps en temps, quand on a un problème, mais c'est très ponctuel bien entendu.

Concernant les spécialistes, est-ce que vous réfléchissez aux dépassements d'honoraires quand

vous adressez vos patients ?

Bien sûr. Evidemment.

Et vous avez identifié ceux qui pratiquent le dépassement d'honoraires ? Comment ça fonctionne pour vous ?

Eh bien je sais. Donc on envoie beaucoup à l'hôpital. Ou on envoie à celui qui ne râle pas quand c'est la CMU ou bien les accidents de travail. Il y en a. Il y en a où je n'envoie pas mes patients parce que je sais qu'il va y avoir un gros dépassement. Et ça va mettre tout le monde mal à l'aise. Ça va mettre surtout le patient d'ailleurs mal à l'aise, parce qu'on va lui demander je ne sais pas combien. Enfin bref oui bien sûr. Mais ça c'est un problème, de santé.

Le dépassement d'honoraire ?

Bien sûr. Ce n'est pas juste. Je comprends les confrères qui font des dépassements d'honoraires. Je peux le comprendre, parce que c'est vrai que les honoraires ne sont pas forcément raisonnables. Mais d'un autre côté, moi ça prive mes patients de certains professionnels en qui j'aurais plus confiance peut-être, éventuellement. Et même en qualité parfois d'accueil etc... Mais c'est vrai que cela pose problème.

Les médicaments non remboursés ?

(hésitation) Il n'y a pas grand-chose dans le non remboursé qui soit vraiment problématique. Il y a les toniques veineux, pour la pathologie hémorroïdaire, c'est un petit peu bête mais c'est vrai que c'est fâcheux quand même. Il n'y a pas grand-chose de pas remboursé qui pose problème. Moi je ne vois que ça. Le reste, les gouttes dans le nez on s'en fout un peu, ce n'est pas important. Les sirops non remboursés on s'en fout un peu aussi. Je ne vois pas

trop. Non, ce que je trouve tout à fait dommage, je parlais de la diététique tout à l'heure, il y a une chose qui serait vraiment super, ce serait les psychologues. La sophrologie. Qu'est-ce que ça pourrait leur faire du bien. Plutôt que de leur donner de l'alprazolam ou du lexomil. La sophrologie c'est 50 euros la séance. Ce n'est pas possible.

(Rire) Pour la mise à jour de leurs droits, enfin pour toutes les démarches administratives, est-ce que vous connaissez des assistantes sociales ? A qui vous adressez vos patients ?

Décidemment je me répète (rire). En règle générale j'envoie au centre social. Je dis, renseignez-vous au centre social, il doit y avoir une assistante sociale. Alors il m'est arrivé parfois de prendre les coordonnées, il m'est arrivé parfois de contacter les assistantes sociales ça arrive. Mais en règle générale je délègue, j'envoie les gens au centre social.

Est-ce que vous diriez que le temps de la consultation avec un patient qui est en situation de précarité est particulier ?

(Hésitation). Le temps, la longueur ?

Non

Le déroulé ?

Oui

(Hésitation). Non.

Vous le ressentez comme une consultation classique ? Ou alors peut-être parce que justement vous avez beaucoup de patient ?

C'est aussi compliqué qu'une consultation classique. Mais une consultation peut être encore plus

compliquée chez quelqu'un qui n'est pas précaire. Ca dépend énormément de la personnalité du patient, plus que de la précarité. Il y a des gens en précarité qui ne sont pas compliqués, qui vont droit au but, et qui finalement comprennent vite. Et puis il y a des gens qui ne sont pas du tout en précarité et qui sont excessivement compliqués, qui sont complètement confus, qui sont brouillons comme c'est pas permis, qui posent 50 000 questions. Enfin bref, c'est pas plus compliquer de soigner...C'est (*hésitation*) comment dire, c'est parfois un peu fatiguant parce qu'il faut expliquer, il faut d'abord évidemment choisir des mots excessivement simples, extrêmement simples, prendre bien le temps d'expliquer, que tout soit bien compris, avec des phrases courtes, et puis en revenant, voilà. Prendre rendez-vous pour eux, parfois, parce que sinon ça ne va pas être fait. Donc il faut peut-être être attentif à ce que le message soit bien passé. Mais cela fait partie du travail. Mais c'est évident qu'à quelqu'un qui est dans la précarité, on ne va pas lui dire « tenez il faudrait aller voir un cardiologue ». Il faut lui dire « attendez, je vous mets le nom, l'adresse, le numéro de téléphone, et puis quand je vois que ça tire une drôle de tête, je dis vous voulez peut-être que j'appelle moi-même ? Eh bien oui ça m'arrangerait » (*rire*). Donc il faut être attentif à ce que le médecin soit bien perçu. Mais ça je pense que c'est dans tous les milieux, mais peut-être plus que ce soit compris. Et ça c'est ce qui est vachement intéressant dans notre métier, entre parenthèse, le décodage de l'information médicale c'est extraordinaire, parce que les gens ils n'ont rien compris. Quand ils viennent de chez le spécialiste, ils ne savent pas ce qu'ils ont, du tout, c'est assez impressionnant, ils ne savent pas ce que c'est comme médicament ni à quoi ça sert. Donc, du coup, la motivation à prendre le traitement n'est

pas toujours là. Et c'est nous justement qui devons décoder le truc, décoder en disant « eh bien vous avez ça comme problème, et si vous prenez un anticoagulant c'est à cause de ça, et puis voilà on explique tout quoi ». Oui ça prend du temps. Mais bon, c'est intéressant. Quand ils ont compris après c'est bien (*rire*).

Avez-vous reçu des formations d'éducation thérapeutique, en lien avec la précarité ?

Non.

Complémentaires à la médecine générale ?

J'ai fait un DU de médecine des personnes âgées. J'ai commencé par curiosité intellectuelle un enseignement d'homéopathie, j'ai fait deux ans. J'ai commencé, mais ça malheureusement je n'ai pas été jusqu'au bout pour des raisons compliquées parce que ce n'était pas la bonne période, une formation de réparation du préjudice corporel, mais je ne suis pas allé jusqu'au bout du truc puisque c'était une année très complexe pour nous, et donc du coup je n'ai pas pu me présenter à l'examen. Mais oui, un DU des personnes âgées, qui était bien entre parenthèse.

J'ai terminé avec mes questions. Est-ce que vous avez des commentaires à ajouter ?

(*Hésitation*). Eh bien, c'est ce que je dis toujours à mes internes, c'est que c'est incontestable que la médecine générale dans un quartier comme ici c'est vraiment très intéressant, très motivant. Parce qu'on est vraiment le médecin de premier recours. Ca c'est intéressant puisqu'on n'est pas du tout mis en concurrence avec les spécialistes. Je veux dire par là qu'on est vraiment le premier interlocuteur. Donc ça c'est

bien. Parce que les gens nous font confiance, et qu'une fois qu'on a leur confiance, c'est top. Ca c'est vraiment très intéressant aussi. Alors comme je disais tout à l'heure, c'est fatigant. Il faut expliquer, faut prendre vraiment du temps pour arriver à expliquer, arriver à convaincre. Faut pas désespérer non plus, parce qu'il y a des fois comme je disais des situations qui paraissent tellement compliquées que bon, il faut éviter de baisser les bras même si c'est parfois désespérant. Mais sinon oui moi c'est un exercice que j'aime beaucoup, vraiment.

Vous croyez qu'on pourrait l'améliorer encore cette prise en charge du patient précaire au cabinet de médecine générale ?

Oui tout à fait. Avec une liaison peut être un peu plus avec les centres sociaux, je reviens dessus. Je pense que ça peut vraiment être un acteur extrêmement intéressant dans la vie. Je pense que le centre social, c'est le lieu de vie du quartier, c'est un lieu de rencontre, c'est un lieu où on peut apprendre des choses. Moi j'aimerais vraiment bien qu'il y ait une communication plus importante avec le centre social, vraiment. Pour moi c'est important, c'est vraiment important. Alors, je pense qu'il y a des centres sociaux qui ont des problèmes en plus apparemment, au Pile, ou à la Potennerie notamment.

Les Trois Ponts comme vous disiez

Eh bien les Trois Ponts sont fermés oui. Ils ont été transférés malheureusement ce n'est plus du tout au cœur du quartier ça c'est vraiment dommage. Parce que c'est dans une ancienne usine avenue Motte. L'avenue Roger Salengro qui est le prolongement de l'avenue Motte, d'un côté il y a le Vélodrome, eh bien en face du Vélodrome avenue Motte, il y a une ancienne usine qui a été entièrement

retapée, et qui était au départ destinée à être louée pour des bâtiments industriels. Sauf que ça n'a pas été loué, ça a été repris, et le centre social des Trois Ponts il est là maintenant. Et ce qui est dommage, c'est qu'il est complètement excentré, alors qu'avant il était central du quartier et donc, bon ils ont eu des tas de problèmes évidemment liés à la délinquance des Trois Ponts. Ca c'est le gros souci, puis il y a eu une espèce de tentative de prise

de pouvoir du centre social apparemment par des groupes. Ca a été assez compliqué à gérer, d'après ce que j'ai entendu. Malheureusement ça s'est mal terminé, par l'incendie etc... C'est con, parce qu'en fait c'était vachement bien le truc. Et je vous dis, celui-là il fonctionne incontestablement mais je ne sais pas ce qu'il s'y fait, du tout.

Bon, parfait. Merci beaucoup.

AUTEUR : Nom : BOUDAUD-CHEBREK

Prénom : Karina

Date de Soutenance : 07 Juillet 2016

Titre de la Thèse : Approche du patient en situation de précarité en médecine générale – Place des structures sociales et associatives sur le territoire roubaisien.

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine sociale

DES + spécialité : DES de Médecine Générale

Mots-clés : précarité, inégalités sociales de santé, soins primaires, médecin généraliste, globalité, collaboration médico-sociale, santé communautaire.

Résumé :

Contexte : Pour lutter contre les inégalités sociales de santé (ISS) qui progressent, les politiques publiques attribuent au médecin généraliste un rôle privilégié. A Roubaix le taux de pauvreté est trois fois supérieur à la moyenne nationale. Comment sur ce territoire, les médecins généralistes organisent leurs soins autour du patient en situation de précarité ?

Méthode : Pour décrire les spécificités de la prise en charge des patients les plus fragiles, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de médecins généralistes installés sur le territoire roubaisien. Treize entretiens individuels semi-dirigés ont été menés entre février et mai 2016. Leur retranscription intégrale a permis une analyse thématique des données.

Résultats : L'expertise dont les médecins interrogés ont fait preuve, en décrivant avec précision les caractéristiques des patients en situation de précarité, a confirmé la place de choix qu'ils occupent dans la lutte contre les ISS. Ils considéraient le patient dans sa globalité, mettant en œuvre des stratégies pour contourner et parfois solutionner des difficultés psycho-sociales. Si leur capacité à mobiliser une écoute empathique et une attitude bienveillante était indéniable, le recours au secteur social pour enrichir cette prise en charge était trop souvent limité. En effet, la complexité apparente et le manque d'information concernant ce secteur constituaient des freins aux interactions médico-sociales. Au contraire, leur implantation locale ainsi qu'une connaissance personnalisée des travailleurs sociaux en étaient les leviers.

Conclusion : Une meilleure organisation de la pluridisciplinarité en soins primaires est nécessaire. A l'échelle locale, une collaboration médico-sociale construite permettrait d'apporter des réponses adaptées aux problématiques de santé liées à la précarité.

Composition du Jury :

Président : Pr François PUISIEUX

Assesseurs : Dr Benoît DERVAUX, Pr Jean-Marc LEFEBVRE, Pr Patrick LEROUGE, Dr Brigitte AELBRECHT, Dr Dany DELBERGHE.