



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité en
médecine générale : recherche issue de la pratique de la Maison
Dispersée de Santé de Lille-Moulins**

Présentée et soutenue publiquement le 10 octobre 2016 à 18h
au Pôle Recherche

Par Florence Desbonnet

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François Puisieux

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Monsieur le Docteur Nassir Messaadi

Monsieur le Docteur Bertrand Riff

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Bertrand Riff

Avertissement

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

Liste des abréviations

ACS	Aide à la Complémentaire Santé
ALD	Affection Longue Durée
AME	Aide Médicale Etat
ARS	Agence Régionale de Santé
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
CADA	Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAF	Caisse d'Allocations Familiales
CDI	Contrat à Durée Indéterminée
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CIMADE	Comité Inter Mouvements Auprès Des Evacués
CISS	Comité Interassociatif sur la Santé
CMP	Centre médico-psychologique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMUC	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAF	Caisse Nationale d'Allocations Familiales
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
COREVIH	Comité de Coordination Régionale de lutte contre l'infection à VIH
DU	Diplôme d'Université
ENMR	Expérimentation des Nouveaux Modes de Rémunération
ETP	Education thérapeutique
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Données Economiques
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IRIS	Ilôts regroupés pour l'information statistique

IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
LGBT	Lesbiennes, Gay, Bisexuels et Trans
MDS	Maison Dispersée de Santé
MSL	Médecins Solidarité Lille
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
RIFEN	Rencontre Internationale des Femmes Noires
RSA	Revenu de Solidarité Active
SAFIA	Solidarité Aux Femmes d'Ici et d'Ailleurs
SDF	Sans Domicile Fixe
SISA	Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires
SFTG	Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZUS	Zone Urbaine Sensible

Table des matières

Résumé.....	14
Summary.....	15
Introduction.....	16
Matériels et méthodes.....	18
1 La Maison Dispersée de Santé.....	18
2 Caractéristiques du quartier de Lille-Moulins.....	19
2.1 Un quartier caractérisé par une population jeune.....	20
2.2 Une présence d'une population immigrée plus importante.....	20
2.3 Une proportion importante de ménages composés d'une seule personne.....	21
2.4 Une proportion de ménages avec enfant(s) plus faible mais davantage composés de familles nombreuses et de familles monoparentales.....	21
2.5 Un quartier en forte précarité.....	22
2.6 Une difficulté d'accès à l'emploi et une précarité au travail importante.....	26
3 Choix des participants.....	27
4 Déroulement des entretiens.....	27
5 Recueil et analyse des données.....	28
6 Cadre réglementaire.....	28
Résultats.....	29
1 La notion de vulnérabilité.....	30
1.1 Terminologie.....	30
1.2 Des personnes fragiles, privées d'éléments structurants essentiels.....	31
1.3 Des personnes en cumul de difficultés.....	32
1.4 Des personnes en situation d'exclusion.....	32
1.4.1 L'état de vulnérabilité était caractérisé par un isolement social.....	32
1.4.2 Des personnes mises à l'écart, jugées par la société.....	33
1.4.3 Des personnes très en marge de la société.....	34
1.5 Un concept multidimensionnel.....	35
2 Les fondements éthiques de la Maison Dispersée de Santé pour l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité.....	37

2.1	Des principes et des convictions partagés.....	37
2.1.1	Offrir le soin à ceux qui en sont exclus	37
2.1.2	Garantir des soins de qualité pour tous, « offrir une égalité » (P2)....	39
2.1.2.1	Simplifier l'accès aux soins par une offre de soins large et pluridisciplinaire.....	39
2.1.2.2	Un lieu de formation, d'innovation, de recherche et d'expertise pour garantir des soins de qualité.....	41
2.1.3	Se donner les moyens d' « accompagner le désordre » : travailler avec les « ressources » du quartier.....	42
2.1.4	Ne pas être « pauvrologue » (P1) et favoriser la mixité sociale dans la salle d'attente.....	44
2.2	Une approche globale de la personne et du soin.....	46
2.2.1	Une approche « philosophique » (P8).....	46
2.2.2	Se donner les moyens de réfléchir et de penser autrement l'accueil de l'autre : l'importance du « collectif » et d'être « un lieu relié ».....	49
2.2.3	La prise en compte de l'ensemble des problématiques y compris sociales	51
2.2.4	Adapter le soin à la singularité de la personne	51
2.2.5	Le patient acteur de sa santé.....	53
3	Etre soignant et prendre en charge les personnes en situation de vulnérabilité	54
3.1	Des soignants sensibles à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité.....	54
3.1.1	Un choix délibéré de travailler auprès des publics vulnérables.....	54
3.1.1.1	Des soignants engagés.....	54
3.1.1.2	Prendre en charge des situations complexes et rencontrer des personnes différentes rendait leur pratique stimulante et plus intéressante	55
3.1.2	Un accomplissement personnel et professionnel.....	56
3.1.3	Une question de sensibilité.....	57
3.2	Soigner les patients en situation de vulnérabilité dans la pratique.....	57
3.2.1	Le soignant pouvait réduire les facteurs de vulnérabilité.....	57
3.2.2	Des soignants optimistes mais réalistes.....	58
3.2.3	Repérer les patients vulnérables, un diagnostic qui pouvait être difficile.....	58
3.2.4	Le travail en équipe était une nécessité.....	59
3.2.5	Le soignant dans une dynamique d'évolution dans sa pratique.....	60
3.3	La difficulté de soigner les personnes en situation de vulnérabilité.....	62
3.3.1	Des patients difficiles à gérer.....	62
3.3.2	Des problématiques difficiles à aborder, une motivation difficile à initier	62
3.3.3	Des personnes aux problématiques de santé multiples et intriquées.....	63
3.3.4	Des conditions de travail parfois désagréables.....	63
3.3.5	Un investissement personnel nécessaire.....	64
3.3.6	C'était parfois difficile psychologiquement pour le soignant.....	65

3.3.7	Le soignant devait se protéger.....	66
3.4	Un système de santé encore inadapté à la prise en charge des plus vulnérables.....	67
4	Les outils mis en place pour prendre en charge les personnes vulnérables....	71
4.1	Prendre en charge le patient dans sa globalité en pratique.....	71
4.2	Un accompagnement rapproché des personnes vulnérables.....	73
4.2.1	Le développement de l'accueil.....	73
4.2.2	Le travail de coordination au sein de la MDS et avec les partenaires locaux et les réseaux.....	74
4.3	Le travail de prévention et d'éducation thérapeutique.....	75
4.4	Les actions de santé globale.....	77
4.4.1	L'action « Accès aux droits ».....	77
4.4.2	L'action Parentalité.....	78
4.4.3	Action sur l'accompagnement des personnes transidentitaires.....	78
4.4.4	Action Violences faites aux femmes.....	79
4.4.5	Des projets en attente de financements :.....	79
Discussion.....		81
1	Les forces et les limites de l'étude.....	81
1.1	Le choix de la méthode.....	81
1.2	Le choix des participants.....	81
2	Analyse des résultats.....	82
2.1	La notion de vulnérabilité : apports théoriques et enjeux actuels pour les soignants et les gouvernants.....	82
2.1.1	Le concept de vulnérabilité.....	82
2.1.2	La vulnérabilité ou l'incapacité à faire valoir ses droits.....	84
2.1.3	La notion de vulnérabilité invite à une évolution de la conception du soin.....	85
2.2	Problématiques de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité : 3 axes de réflexion issus de la pratique de la Maison Dispersée de Santé.....	86
2.2.1	Accompagner le désordre.....	86
2.2.2	Etre un lieu relié-reliant.....	88
2.2.3	La souffrance psychique ordinaire : des besoins importants, une morbidité et une offre de soins inexistante.....	91
2.3	La prise en compte de la notion de vulnérabilité invitait à une évolution de l'organisation du système de santé pour une nécessaire évolution des pratiques en soins primaires.....	92
Conclusion.....		95
Références bibliographiques.....		96
Annexes.....		100

RÉSUMÉ

Contexte : La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité est complexe à mettre en œuvre dans la pratique du médecin généraliste. L'objectif de l'étude était de décrire les pratiques professionnelles mises en place dans une structure d'exercice pluriprofessionnel de soins de premier recours afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité.

Méthode : Analyse qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-structurés des professionnels de santé de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins.

Résultats : Les professionnels de santé de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins étaient engagés dans la prise en charge des patients vulnérables. Ils pratiquaient des soins de qualité dans une approche globale et singulière du patient tenant compte du contexte social, culturel, communautaire et en encourageant son autonomie. Leur projet de santé développait des outils pour permettre un accès aux soins pour tous et la prise en charge de la complexité de la demande et des situations. Leur travail était coordonné entre les différents professionnels de santé ainsi qu'avec les réseaux et les partenaires associatifs et du social. Ils répondaient aux besoins de santé de la population du quartier et menaient des actions collectives visant à reconstruire le lien social dans une optique de promotion de la santé. L'exemplarité de leur projet sous-tendait un investissement important à l'heure où la rémunération des médecins reste majoritairement basée sur l'acte de consultation.

Conclusion : La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité nécessite une adaptation et une évolution des pratiques en soins primaires. La Maison Dispersée de Santé est un exemple innovant pour la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. Une amélioration de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité en médecine générale implique une évolution de la rémunération et de l'organisation des soins primaires, qui ne pourra se faire sans une évolution du système de protection sociale ainsi qu'une volonté politique forte.

SUMMARY

Context : In the practice of the general practitioner, the medical care of people in vulnerable situation is complex to implement. The goal of this study was to describe the professional practices developed in a structure of pluriprofessional exercise in primary health-care in order to improve the medical care of people in vulnerable situation.

Method : Qualitative analysis of semi-directive interviews of the healthcare professionals working in the medical center named “Maison Dispersée de Santé” situated in Lille-Moulins.

Results: The healthcare professionals of the “Maison Dispersée de Santé” was involved in the medical care of patients in vulnerable situation. They provided quality care taking the social, cultural and community context into account, developing a global and singular approach of the patient and promoting his selfsufficiency. Their health project developed tools to enable an access to medical care for all, taking the complexity of situations and demand into account. Their work was coordinated between the healthcare professionals and the social and associative networks and partners. They served the health needs of the local residents and undertook collective actions meant to rebuild the social fabric promoting healthcare. The exemplarity of their project implied an important personal investment when the remuneration of practitioners is still based on the medical encounter.

Conclusion : The medical care of people in vulnerable situation needs adaptation and evolution of the primary health-care practices. The “Maison Dispersée de Santé” is an innovating example of the medical care of people in vulnerable situation. An improvement of the medical care in general medicine implies an evolution of remuneration and organization of primary health-care which cannot be done without an evolution of the healthcare system and a strong political will.

INTRODUCTION

Les inégalités sociales de santé sont l'objet d'une attention croissante de la part des pouvoirs publics et des professionnels de santé (1-3). L'espérance de vie à 35 ans d'un homme cadre supérieur est de 49 ans tandis que celle d'un ouvrier est de 42 ans, soit sept ans d'écart (4). Le gradient est encore plus marqué pour l'espérance de vie en bonne santé (1,2,5). Le constat s'aggrave dans les zones économiquement défavorisées où les personnes les plus vulnérables cumulent les indicateurs d'une moins bonne santé : espérance de vie moindre, prévalence plus élevée des maladies chroniques, des facteurs de risque, des problèmes psychologiques et sociaux (1-3,6). Comme les besoins sont plus importants, les médecins généralistes ont souvent une charge de travail alourdie et doivent faire face à une multitude de problématiques lors de leur consultation (3). Cela rend l'exercice du soin difficile et accroît la probabilité que les questions non urgentes, et notamment la prévention et l'éducation thérapeutique, soient laissées de côté (3).

La majeure partie de ce qui peut être entrepris pour agir contre ces inégalités sociales de santé concerne l'application de politiques publiques visant à agir sur les déterminants sociaux de la santé : emploi, conditions de travail, de vie matérielle et de logement, cohésion sociale, jusqu'à l'éducation sans oublier l'accessibilité au système de soins et son organisation (6). Pourtant, la médecine générale doit-elle rester dans le constat de ces inégalités et persister dans la fatalité ? En France, des médecins généralistes tentent de construire des pratiques professionnelles visant à améliorer l'état de santé des plus vulnérables (7). L'exercice regroupé pluriprofessionnel semble favoriser la mise en place de telles pratiques. Une étude de l'IRDES a mis en évidence une meilleure qualité des pratiques de suivi, de vaccination, de dépistage et de prévention des médecins généralistes exerçant en maisons, pôles ou centres de santé (8).

A notre connaissance, aucune étude ne s'est attachée à décrire les pratiques professionnelles mises en place pour améliorer l'état de santé des populations en

situation de vulnérabilité. Par contre, plusieurs travaux ont été réalisés sur la prise en charge du patient en situation de précarité. Pourtant, la dimension financière ou la position sociale ne semblent pas suffisantes pour regrouper l'ensemble des situations qui rendent le recours aux soins et à la santé difficiles. La notion de vulnérabilité nous a semblé plus appropriée dans ce contexte.

L'objectif de cette étude était de décrire les pratiques professionnelles mises en place dans une structure d'exercice pluriprofessionnel de soins de premier recours afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. L'objectif secondaire était de proposer une définition ou du moins une approche de la notion de vulnérabilité du point de vue des professionnels de santé.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

L'étude a été réalisée au sein de la Maison Dispersée de Santé située à Lille dans le quartier Moulins.

Il s'agissait d'une étude qualitative sur la base d'entretiens individuels semi-structurés.

1 La Maison Dispersée de Santé

La Maison Dispersée de Santé est une association loi 1901 qui regroupe, autour d'un projet de santé commun, la Maison Médicale Moulins Jean-Daniel Escande au 168 rue d'Arras à Lille, composée de 6 médecins généralistes, 3 infirmier(e)s, 2 psychologues et 2 orthophonistes ; le cabinet de kinésithérapie qui regroupe 4 masso-kinésithérapeutes ; une podologue, un pharmacien, le collectif LGBT, le CISS Nord-Pas-de-Calais (Collectif Inter Associatif sur la Santé), ainsi que des hommes et des femmes usagers et professionnels à titre individuel, chacun étant représentant d'un champ d'expertise dans le domaine de la santé (9).

Elle est une maison de santé selon la définition donnée par l'article L6323-3 du code de Santé Publique : « La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. » Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. « Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de

santé membres de la maison de santé. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé. » (10). Dans le cas de la Maison Dispersée de Santé, le projet de santé est partagé par l'ensemble des adhérents de l'association.

2 Caractéristiques du quartier de Lille-Moulins

Le quartier de Lille-Moulins est un quartier historiquement populaire marqué par la révolution industrielle et l'implantation massive au XIX^e siècle de l'industrie textile et de la construction de maisons ouvrières implantées autour des usines. Il reste le quartier de Lille le plus marqué de son passé industriel même s'il a bénéficié depuis de nombreux aménagements et de restructuration de son habitat notamment par de lourds programmes de rénovation urbaine et de résorption de l'habitat insalubre. Son architecture industrielle a été sauvegardée par la reconversion des bâtiments en bureaux occupés essentiellement par l'Administration ou encore en logements.

Aujourd'hui encore il bénéficie d'un programme de construction très conséquent porte de Valenciennes dans le cadre de l'extension Euralille 3 qui doit redynamiser le quartier et apporter davantage de mixité sociale par l'arrivée de nouvelles populations de couches sociales moyennes. Le quartier bénéficie d'un réseau de transport développé de bus et de 3 stations de métro. Il jouit par ailleurs d'une riche activité culturelle en particulier par sa Maison Folie.

Ce quartier de Lille comptait 19 050 habitants au 01/01/2012 selon les dernières données du recensement de la population publiées par l'INSEE dans une ville qui avec ses communes associées, Hellemmes et Lomme, comptait à la même date, 228 652 habitants, elle-même ville centre d'une métropole de plus de 1,1 million d'habitants.

Les données socio-démographiques du quartier peuvent être mobilisées à partir du site de l'INSEE dans les données locales infracommunales par agrégation des données des 7 territoires qui le composent dénommés IRIS (Ilôts regroupés pour l'information statistique) qui sont : Strasbourg, Seclin, Arsenal, Fac de droit, Arras, Belfort, Trévisé.

21 Un quartier caractérisé par une population jeune

Structure de la population du quartier de Lille-Moulins et de la France métropolitaine

Source INSEE Recensement de la population au 01/01/2012

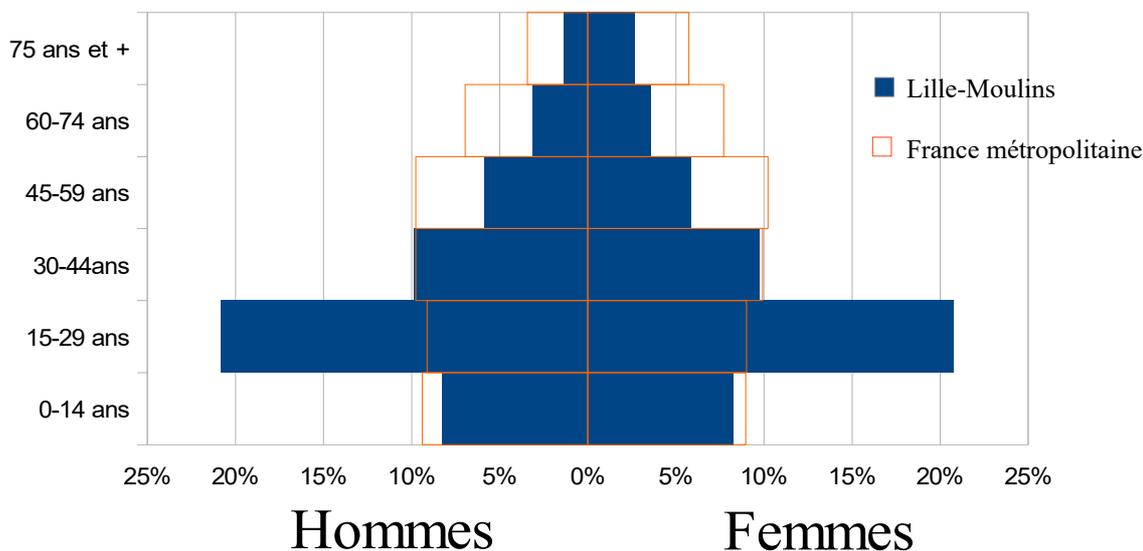


Figure 1 : Structure de la population du quartier de Lille-Moulins et de la France métropolitaine (11,12)

Les 15-29 ans représentaient plus de 40 % de la population soit plus du double de ce qu'ils représentaient dans la population totale en France métropolitaine. Cette particularité que l'on retrouvait dans la structure de l'ensemble de la population lilloise s'explique par des mouvements migratoires importants d'étudiants venant à Lille poursuivre leurs études mais qui repartent ensuite lorsqu'ils rentrent dans la vie active ou qu'ils fondent une famille. A l'inverse, les plus de 45 ans étaient largement sous représentés et notamment les 60 ans et plus. On observe par ailleurs un net déséquilibre entre les hommes et les femmes de 75 ans et plus sur le quartier, bien plus marqué qu'au niveau national.

22 Une présence d'une population immigrée plus importante

La part des immigrés dans la population du quartier était de 17 % selon les données du recensement de la population au 01/01/2012, soit 6 points de plus que sur l'ensemble de la Ville de Lille (11%). Celle-ci est près de 2 fois plus importante

que celle observée au niveau national (9%) (12,13). On considère selon la définition adoptée par le Haut Conseil à l'Intégration comme immigré, une personne née étrangère à l'étranger et vivant en France. Selon la définition, tout étranger ne répond pas à cette définition s'il est né en France. Un immigré peut par ailleurs être français s'il a acquis la nationalité française.

23 Une proportion importante de ménages composés d'une seule personne

Plus d'un ménage sur deux du quartier de Lille-Moulins (54%) était composé d'une seule personne contre 35 % sur le plan national. Cette caractéristique se retrouve à l'échelle de la Ville de Lille (14).

24 Une proportion de ménages avec enfant(s) plus faible mais davantage composés de familles nombreuses et de familles monoparentales.

Toujours selon les données du recensement de la population, seul un ménage sur quatre (24%) comportait des enfants quel que soit l'âge des enfants à condition qu'ils aient été célibataires ou sans qu'ils aient pu constituer eux-mêmes une famille. Cette proportion que l'on retrouve à l'échelle de la Ville est significativement plus faible que celle observée à l'échelon national où près de 4 ménages sur 10 étaient composés d'enfants.

Ces familles avec enfant(s) étaient composées en grande proportion, comparativement à l'ensemble des familles avec enfant(s) en France métropolitaine, de familles monoparentales pour un peu plus de 4 familles avec enfant(s) sur 10 contre 1 sur 4 au plan national. On note par ailleurs que la proportion des familles monoparentales sur le quartier était de 6 points supérieure à celle observée à l'échelle de la Ville, elle-même supérieure de 10 points à la part observée sur le plan national. Selon une autre source, celle des CAF publiée par l'INSEE, 46 % des

familles allocataires avec enfants du quartier étaient des familles monoparentales au 31/12/2014.

Elles étaient par ailleurs composées en plus grande proportion de familles nombreuses de trois enfants et plus de moins de 25 ans. Celles-ci représentaient 27 % des familles avec enfant(s) de moins de 25 ans dont 11 % de familles de 4 enfants et plus contre respectivement 18 % et 4 % à l'échelle de la France métropolitaine et 23 % et 7 % à l'échelle de la Ville (14,15).

	Quartier de Lille-Moulins	Ville de Lille/Hellemmes/Lomme	France métropolitaine
Part des immigrés dans la population	17%	11%	9%
Part des ménages composés d'une seule personne	54%	53%	35%
Part des ménages avec enfant(s)	24%	24%	36%
Part des familles monoparentales parmi les ménages avec enfant(s)	41%	35%	25%
Part des familles de 3 enfants et + de moins de 25 ans parmi les familles avec enfant(s) de moins de 25 enfants	27%	23%	18%
Dont familles de 4 enfants et +	11%	7%	4%

Tableau 1 : Caractéristiques des ménages (Source INSEE, recensement de la population au 01/01/2012) (14,15)

25 Un quartier en forte précarité

L'Insee a publié récemment des données sur les niveaux de vie en 2012 à l'échelon communal et infracommunal, leur distribution et les taux de pauvreté en référence à la définition retenue par les institutions européennes à savoir au seuil de 60 % de la médiane des niveaux de vie dans chaque pays (16). Il s'établit en France en 2012 à 987 € mensuels par unité de consommation.

Les données à l'échelle des IRIS ne peuvent être agrégées au quartier. Aussi, nous présentons les données du quartier à travers les différents territoires IRIS qui le composent.

L'ensemble des IRIS du quartier présentaient en 2012 des taux de pauvreté très supérieurs à ceux observés en France métropolitaine, dans le Département du Nord ainsi que sur la Ville. Le quartier lui-même n'était pas homogène. C'est sur l'IRIS Belfort que les ménages étaient les plus nombreux à disposer d'un niveau de

vie inférieur au seuil de pauvreté (60%) suivi de l'IRIS Seclin (42%), Fac de droit (38%), Arsenal (34%), Trévise (33%) et Arras (32%) où est implantée la Maison Dispersée de Santé. Ces territoires présentaient des taux de pauvreté équivalant à plus de 2 fois et jusqu'à près de 4 fois le taux national (14%) (16,17).

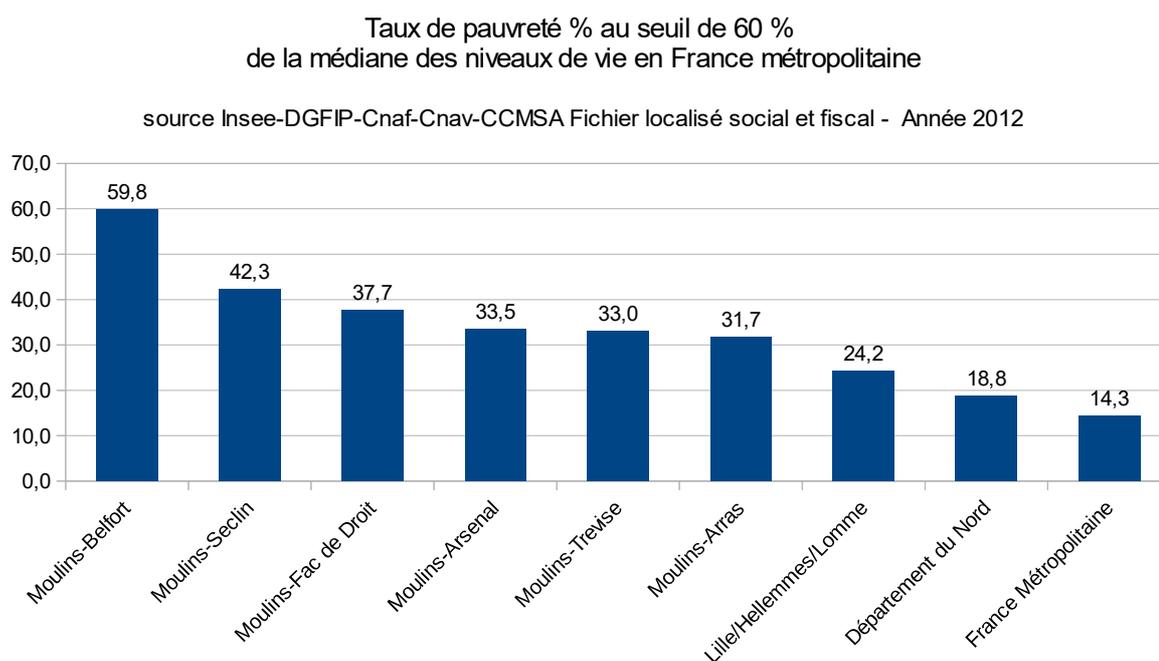


Figure 2 : Taux de pauvreté (%) définie au seuil de 60% de la médiane des niveaux de vie en France métropolitaine

Au-delà des ménages en situation de risque de pauvreté, c'est l'ensemble de la population du quartier qui dispose de niveaux de vie plus bas en référence aux niveaux de vie observés sur la Ville, le Département ou la France métropolitaine. Les graphiques ci-après sur quelques indicateurs de la distribution des niveaux de vie montrent que les pauvres sont plus pauvres sur le quartier et les riches moins riches.

Valeur du 1er décile des niveaux de vie

source INSEE Filosofi en moyenne mensuelle sur l'année 2012

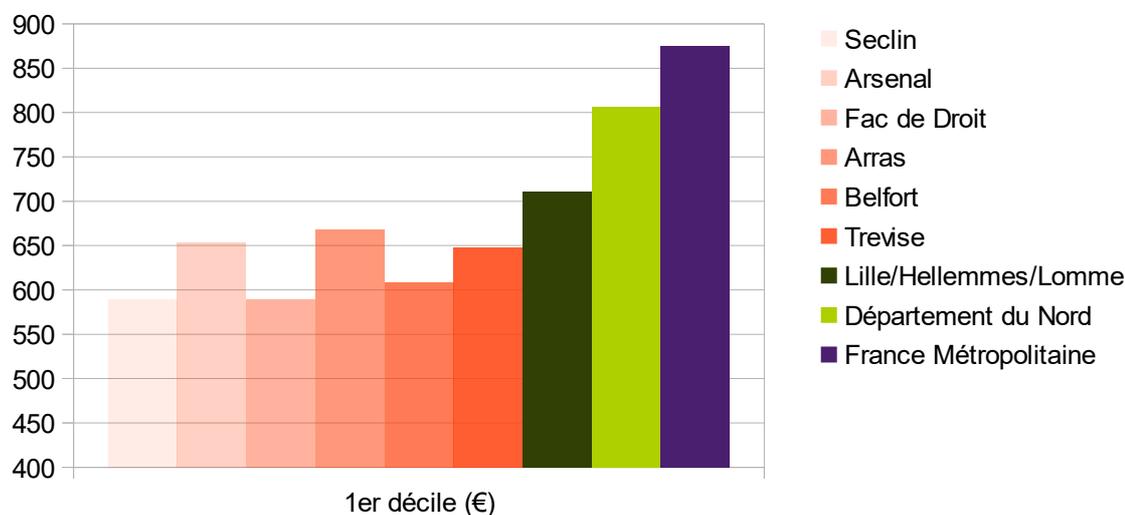


Figure 3 : Valeur du 1er décile des niveaux de vie (source INSEE Filosofi) en moyenne mensuelle sur l'année 2012 sur le quartier de Moulins (données infracommunales), la Ville de Lille, le département du Nord et la France métropolitaine

Valeur de la médiane des niveaux de vie

source INSEE Filosofi en moyenne mensuelle sur l'année 2012

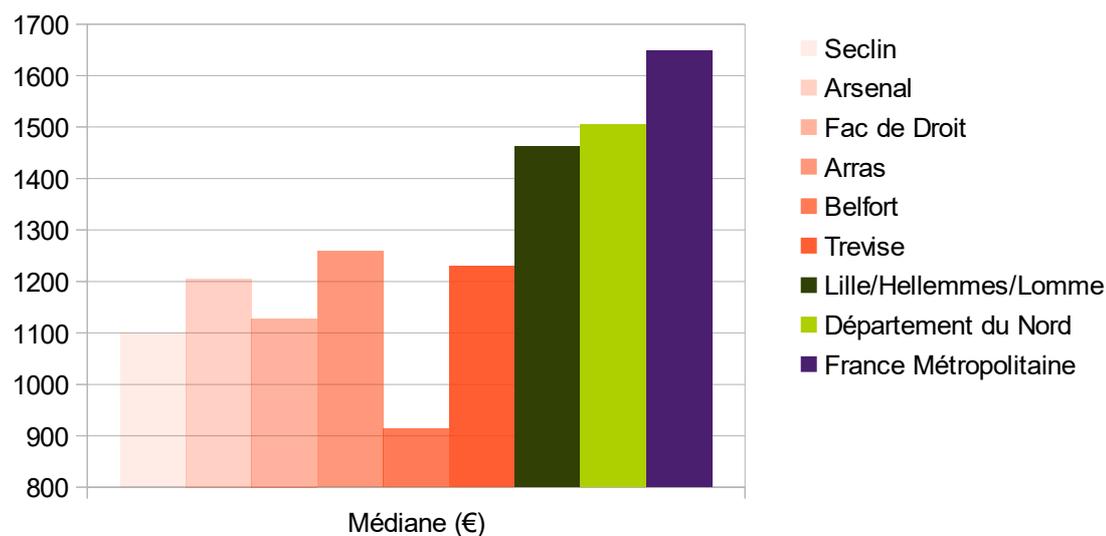


Figure 4 : Valeur de la médiane des niveaux de vie (source INSEE Filosofi) en moyenne mensuelle sur l'année 2012 sur le quartier de Moulins (données infracommunales), la Ville de Lille, le département du Nord et la France métropolitaine

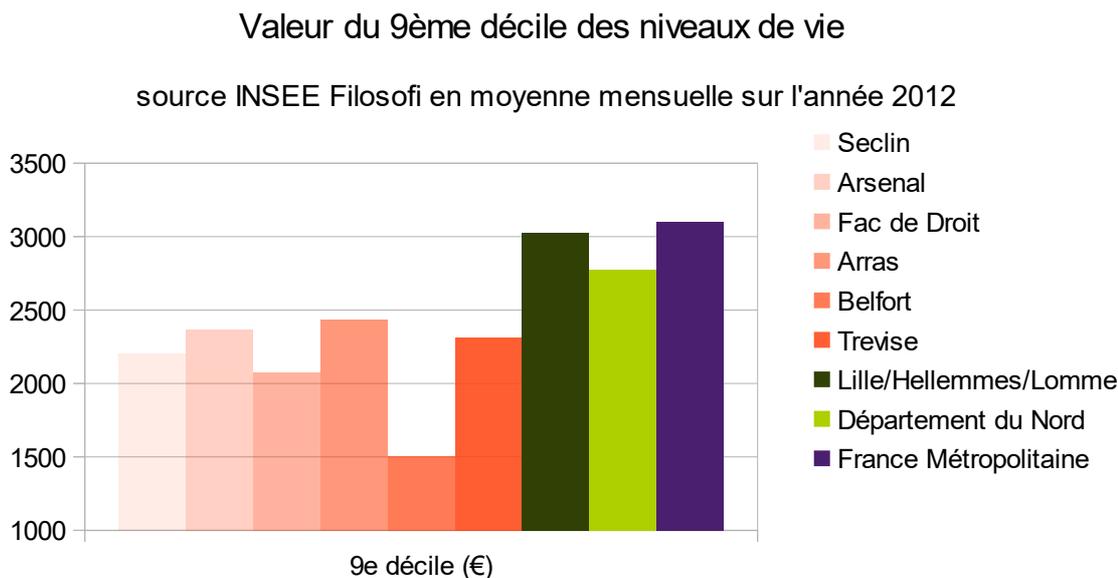


Figure 5 : Valeur du 9e décile des niveaux de vie (source INSEE Filosofi) en moyenne mensuelle sur l'année 2012 sur le quartier de Moulins (données infracommunales), la Ville de Lille, le département du Nord et la France métropolitaine

D'autres indicateurs permettent d'appréhender les situations de pauvreté et de précarité en particulier les données issues des CAF et des CPAM publiées par l'INSEE (15, 18).

	Quartier de Lille-Moulins	Ville de Lille/Hellemmes/Lomme	Communes de + 10 000 habitants de France métropolitaine
Part des allocataires RSA parmi les allocataires de la CAF	29%	24%	22%
dont RSA socle	24%	19%	17%
Part des allocataires dont le revenu est constitué à plus de 50 % de prestations sociales	34%	29%	27%
Part des allocataires dont le revenu est constitué à 100 % de prestations sociales	23%	19%	17%

Tableau 2 : Indicateurs de précarité (Données INSEE-CNAF au 31/12/2014) (15, 18)

L'INSEE fournit également les données relatives à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Plus d'une personne sur quatre couverte par la Caisse primaire d'assurance maladie sur le quartier Lille-Moulins est bénéficiaire de la CMUC. On note par ailleurs que 46 % des moins de 18 ans sont bénéficiaires de cette couverture maladie ce qui montre que la précarité concerne en premier lieu les familles avec enfants (19).

	Quartier de Lille-Moulins	Ville de Lille/Hellemmes/Lomme	Communes de + 10 000 habitants de France métropolitaine
Part de la population couverte par la Caisse primaire d'assurance maladie bénéficiaire de la CMUC	27%	18%	10%
Part des moins de 18 ans couverts par la CMUC	46%	32%	19%

Tableau 3 : Taux de couverture par la CMUC (Données INSEE-CNAM au 31/12/2015) (19)

26 Une difficulté d'accès à l'emploi et une précarité au travail importante

Le taux d'emploi de 44 % était au 01/01/2012 selon les données du recensement de 20 points inférieur au taux national et de 9 points inférieur à celui de la Ville. L'indice de chômage de 27 % était deux fois supérieur à l'indice national (20).

La part des salariés parmi les actifs occupés était plus importante. Ceux-ci étaient cependant moins souvent en contrat à durée indéterminée 74 % contre 85 % au niveau national et 78 % au niveau de la Ville de Lille. Ils étaient par ailleurs plus souvent à temps partiel 24 % contre 18 % au niveau national et 20 % au niveau de la Ville (21,22).

	Quartier de Lille-Moulins	Ville de Lille/Hellemmes/Lomme	France métropolitaine
Taux d'emploi (rapport entre les personnes ayant un emploi en âge de travailler de 15 à 64 ans révolus - et le nombre total de personnes de cette classe d'âge)	44%	53%	64%
Indice de chômage (rapport entre le nombre de personnes se déclarant à la recherche d'un emploi lors de l'enquête de recensement et la population active au sens du recensement de la population)	27%	19%	13%

Tableau 4 : Taux d'emploi et indice de chômage (Données INSEE – recensement de la population au 01/01/2012) (20)

	Quartier de Lille-Moulins	Ville de Lille/Hellemmes/Lomme	France métropolitaine
Part des salariés parmi les actifs occupés	93%	91%	87%
Part des salariés en CDI ou Fonction publique	74%	78%	85%
Part des salariés à temps partiel	24%	20%	18%

Tableau 5 : Population salariée (Données INSEE – recensement de la population au 01/01/2012) (21,22)

3 Choix des participants

L'échantillonnage a été réalisé par l'association de la méthode dite « boule de neige » et d'une sélection raisonnée selon la disponibilité des professionnels.

L'ensemble des professionnels de santé étaient d'abord contactés par un mail général les informant qu'une étude était menée sur la Maison Dispersée de Santé et qu'ils seraient susceptibles d'être interrogés en entretien. La prise de contact et de rendez-vous s'est ensuite effectuée avec chaque participant soit par téléphone soit par mail.

4 Déroulement des entretiens

Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés par une enquêtrice (FD) interne de médecine générale, novice en recherche qualitative. Les entretiens ont été réalisés de mars 2015 à avril 2016. Les entretiens se sont déroulés soit à la Maison Médicale Moulins soit au cabinet de kinésithérapie situé au 217 rue d'Arras à Lille.

Un guide d'entretien servait de support pour mener l'entretien (Annexe 1). Pour favoriser la dynamique des échanges, ce guide était constitué de questions ouvertes et de relances permettant d'aborder les différents champs de la problématique de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. La première question concernait la notion de vulnérabilité et ce qu'elle évoquait au participant. Les autres champs étaient ensuite abordés sans ordre préétabli suivant le cours de l'entretien et les éléments apportés par le professionnel.

Avant de débiter l'entretien, le consentement oral du participant était recueilli pour l'enregistrement.

Les entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation théorique des données.

5 Recueil et analyse des données

Les entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un enregistreur portable Handy Recorder H2 et d'un smartphone Iphone 4 de secours.

Les entretiens étaient ensuite retranscrits intégralement. La vitesse d'écoute de l'enregistrement était ralentie pour faciliter la retranscription. L'enregistrement était ensuite réécouté à vitesse normale pour vérification. Les rires, silences, expressions étaient retranscrits en toutes lettres et entre parenthèses ou en italique. Les retranscriptions obtenues ont été anonymisées afin de garantir la confidentialité. Chaque participant était désigné par un numéro selon l'ordre de déroulement des entretiens.

Les verbatims obtenus ont ensuite fait l'objet d'une analyse triangulée par deux chercheurs indépendants, FD et JMD, tous deux novices en recherche qualitative. JMD n'était pas de la profession médicale mais du domaine social. L'analyse des données était réalisée à l'aide du logiciel NVivo version 10 puis version 11.

L'analyse a produit un ensemble de codes (phase de décontextualisation) ainsi que des mémos et annotations. Les codes ont ensuite été regroupés et classés en sous-thèmes et en grands thèmes (phase de thématisation). Ce travail a permis de structurer les codes en un système porteur de sens (7).

6 Cadre réglementaire

Compte tenu du protocole de l'étude, aucune déclaration auprès du Comité de Protection des Personnes et de la Commission Nationale de l'Informatique et de Libertés n'était nécessaire. Un accord oral était recueilli avant l'entretien.

RÉSULTATS

Huit entretiens ont été nécessaires à l'obtention d'une saturation théorique des données. Un entretien a été réalisé avec l'administratrice de la maison de santé afin de mieux cerner les aspects organisationnels et financiers. Pour cet entretien, les questions n'ont pas suivi le guide d'entretien. La durée moyenne des entretiens était de 59 minutes, la durée cumulée des enregistrements était de 469 minutes.

	Profession	Sexe	Année d'installation ou d'arrivée à la MDS
P1	Médecin	M	1986
P2	Médecin	F	2007
P3	Médecin	F	2009
P4	Administratrice	F	2012
P5	Kinésithérapeute	M	1988
P6	Secrétaire médicale	F	2009
P7	Infirmier	M	2009
P8	Kinésithérapeute	F	1987

Tableau 6 : Caractéristiques des participants

1 La notion de vulnérabilité

1.1 Terminologie

Le terme de « vulnérabilité » semblait être plus adapté pour caractériser les patients qu'ils rencontraient : « La grande vulnérabilité, c'est un mot que j'aime bien, qui a fait suite au mot précarité parce que je trouvais que le mot précarité n'était pas suffisant pour définir ces hommes et ces femmes » (P1).

Il était aussi « le mot actuel » (P1).

Le terme « vulnérabilité » était proche des termes « précarité » et « pauvreté ». P8 avait confondu les deux termes après l'annonce du sujet, elle expliquait que le terme « précarité » était plus habituellement étudié « en médecine », elle expliquait aussi cette confusion du fait des caractéristiques du « quartier ».

D'après P1, le terme « vulnérabilité » était une notion plus englobante. Pour lui, le terme « vulnérabilité » était « moins réducteur » que le mot « pauvreté ». La vulnérabilité n'était pas « qu'une question d'argent » (P2). Être pauvre ne semblait pas être une caractéristique suffisante pour entraîner un état de vulnérabilité, il y avait « des gens pauvres [...] avec peu de vulnérabilité » (P1). Pour P2, « la CMU n'[était] pas un synonyme de précarité ». D'autres paramètres intervenaient. Les caractéristiques du territoire et l'environnement semblaient jouer un rôle : « dans ce quartier ici la précarité rend vulnérable » (P8).

En fait le terme « vulnérabilité » semblait pouvoir s'appliquer aux cas de « pauvreté-précarité » non du fait du « simple » manque d'argent mais des effets boule-de-neige induits : « au niveau santé, accès aux soins et tout ça ça pose des problèmes » (P1).

1.2 Des personnes fragiles, privées d'éléments structurants essentiels

Le mot « fragilité » semblait être le synonyme le plus proche. « Fragile » était le premier mot évoqué par P8, pour P7 également.

Etre en situation de vulnérabilité, c'était « ne pas avoir toutes les conditions physiques, psychiques et sociales » (P3) ou ne pas « avoir tous les éléments dans la vie pour avoir une vie de bonne santé » (P3). Ces personnes étaient souvent dans une « misère affective [et] intellectuelle » (P5) : « le manque d'éducation, la méconnaissance d'un tas de choses, des règles élémentaires d'hygiène et de soins, de façon de manger, euh voilà d'obésité, de diabète, etc... » (P7). Les vulnérabilités paraissaient être un facteur de risque de moins bonne santé.

P1 parlait de « gens en tension de vie », comme si ces personnes, tellement fragiles, risquaient de basculer, « pouvaient tomber du jour au lendemain » (P1), « ce [pouvait] être la dégringolade en très peu de temps » (P8).

Les fragilités ne frappaient pas les personnes de la même façon. Chacun pourrait ou non les surmonter selon ses capacités intrinsèques et son parcours de vie. L'état de vulnérabilité n'était pas un chemin tracé et était sous-tendu par les capacités de résilience de la personne : « dans une famille en grande difficulté comme on dit en difficulté sociale, bon en difficulté globale, il y en a 1, 2 qui s'en sortent et les autres qui s'en sortent pas, qu'est-ce qui fait ces résiliences-là ? » (P1).

Les soignants, les politiques publiques et l'environnement socio-familial avaient un rôle à jouer pour « compenser » les vulnérabilités (P8). Par l'exemple du handicap, P8 expliquait que si « on compense » « ses difficultés », la personne aurait « une qualité de vie bien meilleure ».

Quelqu'un de vulnérable c'était quelqu'un « qui [avait] besoin d'aide, qui [avait] besoin de cadre, qui [avait] besoin d'accompagnement, [...] qui [avait] besoin d'être entouré » (P7). Les personnes en situation de vulnérabilité avaient un grand « besoin d'information » (P7), elles « ne sav[ai]ent pas » (P8), avaient besoin d'être rassurées car elles « ne se sent[ai]ent pas légitimes » (P8), elles « n'os[ai]ent pas » (P7).

Pour P6, les personnes en situation de vulnérabilité étaient « plutôt, des gens [...] qui ne sav[ai]ent pas faire les démarches administratives » et n'allaient pas avoir accès aux soins et donc à un état de bonne santé.

Le vieillissement pouvait être une cause de vulnérabilité : « c'est une forme de vulnérabilité aussi l'avancée en âge comme une autre » (P8) ; de par la baisse des capacités physiques et/ou intellectuelles et la baisse de l'autonomie.

1.3 Des personnes en cumul de difficultés

Le plus souvent, les difficultés allaient « s'accumuler » (P8) de sorte que « tous les champs [physique, mental, social] [allaient] être concernés » (P8) : « on est vulnérable parce qu'on a ou des problèmes de santé au sens santé, physique ou des problèmes psychiques ou des problèmes sociaux et bien souvent les trois ensemble. Et que c'est plus éventuellement l'association des trois qui va faire que je suis en vulnérabilité ou en grande vulnérabilité » (P1).

P1 rajoutait l'adjectif « grande », il parlait de la « grande vulnérabilité », pour caractériser des personnes dans un état profond de vulnérabilité, des personnes « très exclues » (P2), « très en marge de la vie qu'on connaît » (P2).

Le cumul de difficultés rendait davantage vulnérable et annihilait les capacités à réagir face à une difficulté supplémentaire : « on voit bien [...] que quand on est en situation de galère perpétuelle, le moindre, la moindre difficulté est multipliée par, par voilà, par 20 quoi » (P8).

1.4 Des personnes en situation d'exclusion

1.4.1 L'état de vulnérabilité était caractérisé par un isolement social

Cet élément était rapporté par l'ensemble des professionnels interrogés.

Ces personnes avaient souvent une « réduction de [leurs] relations humaines » (P1) : « quelqu'un qui n'a pas de soutien familial, qui est seul » (P8). P1 introduisait la notion de « précarité relationnelle » : « Une femme qui travaille pas, et pourtant

elle, elle va avoir un logement, des ressources par son mari mais si elle, elle est isolée, je pense que c'est aussi une vulnérabilité » (P2). P5 parlait de « misère affective ».

Ils étaient plusieurs à parler des personnes « isolées par la langue » (P2) ou des migrants, qui « [venaient] d'arriver sur le territoire et qui ne [connaissaient] pas les démarches » (P2).

P1 avait rencontré des personnes « dans une absence de ressource humaine », des gens sans aucune personne ressource, dans « le grand vide ». Ces personnes étaient a fortiori dans une grande souffrance, dans un état de « grande vulnérabilité » : « dans les questions que je peux poser à mes patients c'est à qui vous pouvez en parler ?, celui qui me dit à personne, il est en grande vulnérabilité » [...], « quand t'as personne autour de toi, quand c'est le grand vide ».

P1 parlait de « remettre en humain » en parlant d'apporter du lien social comme si la perte de lien social équivalait à une perte d'humanité.

1.4.2 Des personnes mises à l'écart, jugées par la société

Des groupes de personnes étaient vulnérables car elles étaient « rejeté[e]s, mis[es] à l'écart » (P7). Elles souffraient du regard des autres.

Des personnes bénéficiaires de la CMU pouvaient être amenées à renoncer aux soins, par peur de la stigmatisation, par « honte » (P7). Pour P7, ce comportement s'expliquait par le fait que ces personnes étaient jugées par la société : « ils se laissent aller, ils se soignent pas, ils se soignent pas, ils se laissent aller, ils sont rejetés j'ai l'impression, ou mis à l'écart » et on allait même dire d'eux qu'ils étaient « des profiteurs » (P7).

Les personnes en situation de vulnérabilité étaient isolées géographiquement : « de l'autre côté du périph, isolés hein ! » (P7). Pour P7, la société les condamnait à « rest[er] dans le quartier », « entre eux » : « la plupart des gens d'ici ils sortent jamais d'ici ». Ils ne connaissaient pas la ville, « un autre monde » où ils n'avaient

rien à y faire : « de toute manière pour faire quoi en ville, balader t'as pas d'argent, ça sert à rien ».

Ils avaient rencontré un groupe de personnes marginalisées par la société : les personnes transidentitaires. Victimes des préjugés, cette population était exclue tant sur le plan « social et professionnel » (P4) que sur le plan de la santé : « une population là qui n'a aucun accès aux soins » (P1). Les personnes transidentitaires étaient en « grosse souffrance » (P4).

1.43 Des personnes très en marge de la société

« En premier lieu je pense aux personnes qui sont très exclues, aux personnes qui sont sans domicile, sans ressources, sans couverture sociale. Enfin qui sont très en marge de la vie qu'on connaît. » (P2)

Les SDF étaient dans une situation de très grande vulnérabilité. Ils avaient des difficultés d'accès aux soins avec des problèmes d'ouverture ou de renouvellement de leurs droits. Et ils étaient dans une situation d'extrême précarité, leur état de santé pouvait très vite s'aggraver : « forcément ils connaissent pas leurs droits et puis ces gens-là sont très malades, ils ont beaucoup de plaies, etc, qui peuvent pas être soignées, ça peut tourner voilà (P6).

Il y avait « des évidences » (P1), « les toxicomanes ou les alcooliques [...] [étaient] des gens en grande vulnérabilité ». Les toxicomanes étaient en très grande souffrance, « une humanité en perdition » (P1).

1.5 Un concept multidimensionnel

Pour l'ensemble des professionnels, la vulnérabilité était un concept multidimensionnel.

Premièrement, parce qu'elle concernait « plein de gens » (P5) : les personnes « très exclues » (P2) mais aussi d'autres personnes pas nécessairement précaires mais victimes d'isolement ou marginalisées.

Deuxièmement, parce qu'elle pouvait concerner à la fois les dimensions biologique, psychologique et sociale : « on est vulnérable parce qu'on a ou des problèmes de santé au sens santé, physique ou des problèmes psychiques ou des problèmes sociaux et bien souvent les trois ensemble » (P1).

Enfin, il était précisé l'importance pour la médecine d'aujourd'hui d'avoir cette vision globale, multidimensionnelle : « c'est sans doute important d'avoir cette vision un peu globale de la vulnérabilité qui soit à la fois bio-psycho-sociale, enfin comme on dit aujourd'hui, cette vision qu'on essaye d'avoir, qui élargit un peu les problèmes » (P8).

Ainsi, la majorité des professionnels interrogés distinguaient d'emblée trois formes de vulnérabilité :

- Etre vulnérable du fait d'un problème physique :
Etre « vulnérable de par son handicap » (P8).

- La vulnérabilité « psychologique » :
Même en l'absence d'autre difficulté, les personnes « fragiles psychologiquement » avaient forcément « plus de mal que les autres à supporter les aléas de la vie » (P8).

La vulnérabilité psychique faisait référence pour P3 au « dérangement », au « désordre psychique ». Ces personnes pouvaient avoir un trouble de la personnalité : « des types de personnalités en dérangement ». Ces personnes

étaient difficiles à cerner et difficiles à prendre en charge : « un désordre qui va dans tous les sens ».

Evidemment, la « maladie psychique » ou psychiatrique allait « entraîner des vulnérabilités » (P1).

- La vulnérabilité sociale

Les difficultés financières étaient responsables de problèmes d'accès aux soins. Pour P5, il y avait « de plus en plus » de personnes qui faisaient « le calcul du coût d'une mutuelle par rapport à [...] des soins hypothétiques dans l'année » et, en l'absence de couverture complémentaire, ils ne pouvaient pas « se payer leurs soins ».

Ce pouvait être des gens avec une fragilité de l'emploi, « qui sont en grande précarité, parce que leur taf il est euh, on peut tomber du jour au lendemain » (P1).

Ils rencontraient des gens dans une misère qu'on n'imaginerait pas possible aujourd'hui, qui habitaient des logements misérables : « des fois j'suis choqué [...] j'me dis merde, c'est vrai, on peut vivre comme ça » (P7). Il y avait des personnes dans une grande misère sociale : « des fois j'hallucine, quelle misère, quelle misère sociale. » (P7) ; une misère qui conditionnait l'avenir des enfants : « la mère elle vit seule, elle doit éduquer ses enfants, elle travaille, les enfants ils sont seuls, [...] les enfants ils sont éduqués, ils sont éduqués par les dealers » (P7).

Il y avait aussi les personnes dans une vulnérabilité sociale extrême comme les SDF et les migrants. Les migrants étaient dans l'inconnu du lendemain, « on ne peut pas savoir [où ils vont être] dans 15 jours » (P8). Ils avaient des parcours particulièrement éprouvants et « arriv[ai]ent toujours avec beaucoup de souffrance » (P8).

2 Les fondements éthiques de la Maison Dispersée de Santé pour l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité

21 Des principes et des convictions partagés

Le projet de santé était l'identité de la MDS, il était « partagé par tout le monde du matin au soir et du soir au matin » (P4).

Ils partageaient des idées « en terme d'utopie autour du soin, de l'action de soin et de la médecine en général » (P4).

21.1 Offrir le soin à ceux qui en sont exclus

Permettre un accès aux soins pour tous était un des principes fédérateurs de la MDS.

Ils refusaient que des personnes puissent être privées d'accès aux soins. Ils avaient entrepris d' « ouvrir » (P1) le soin là où il y avait des manques dans le système de santé.

Ils voulaient garantir un accès aux soins pour tous, une attention était portée à ceux laissés pour compte ailleurs : « Moi je dis attends y'a une population là qui a aucun accès aux soins. Ca s'appelle les trans. Ah oui mais non, nous on ouvre nos portes aux migrants, aux pauvres, aux sous-prolétaires, aux machins, trucs. Non mais attends lui, il a pas accès aux soins. » (P1). Au cours de leur exercice professionnel, ils avaient rencontré une communauté rejetée par le système de soins : les personnes transidentitaires. Elles étaient victimes de discrimination et de préjugés : « qu'est-ce que c'est que ces gens qui ont pas accès aux soins quoi, parce qu'ils sont trans, mais c'est quoi de ce truc? [...] Ben j'suis pas sûr qui sont pas fous. Ben t'as qu'à discuter avec eux et tu verras qu'ils sont pas fous. » (P1). Ils découvraient qu'ils avaient pu être eux-mêmes influencés par ces préjugés : « C'est les grandes claques que tu peux prendre dans ta vie où la médecine elle m'avait dit » (P1).

Les personnes transidentitaires n'avaient pas accès à un parcours de soins adapté à leurs problématiques de santé spécifiques. Les soins étaient faits dans « la clandestinité » : « 70% des trans font leur transition dans la clandestinité, dans la mouise avec des hormones achetées n'importe où, des opérations de brun » (P1). Ils étaient les victimes de « chirurgien charlatan » (P7), le résultat était parfois « catastrophique » (P7).

Ils refusaient ces discriminations et proposaient d' « ouvrir la porte » (P1) à cette communauté. Ils s'étaient formés et avaient créé avec d'autres le Collectif Santé Trans. Ce collectif réunissait des usagers d'associations transgenres et d'autres professionnels (psychologues, juristes). Le but était de leur permettre d'accéder à des soins spécifiques et de qualité.

Ils avaient rencontré une autre communauté victime de discriminations : les travailleuses du sexe : « A nouveau je me rends compte qu'y'a un pan de population qui n'a pas accès aux soins du fait de leur métier qui n'est pas disible » (P1).

Les patients souffrant de maladie psychiatrique avaient aussi des difficultés d'accès aux soins : « les infirmiers [libéraux] prennent pas l, ils aiment pas trop prendre en charge la psychiatrie (P7) ». Certains professionnels extérieurs avaient des a priori sur ces populations : « pas à l'aise, tout sur la psychiatrie, violence, les images quoi, ils coupent des têtes et ainsi de suite » (P7). D'après P7, la maison médicale accueillait beaucoup de personnes souffrant de pathologies psychiatriques. Ils travaillaient en lien avec les CMP.

Il y avait des personnes qui n'avaient aucun droit ouvert et qui avaient besoin de soins. Ce n'était pas envisageable de les renvoyer ailleurs : « ils ont besoin de soins, donc on va pas les retoquer dans la rue, on va pas leur dire « allez voir à la mairie ou à la machin » (P4). Les deux accueillantes de la Maison Médicale Moulins s'occupaient de vérifier si les droits étaient ouverts et étaient amenées à aider les personnes dans leurs démarches d'accès aux droits : « Elles prennent les gens, [...] elles montent des dossiers pour eux, elles font des demandes de CMU, etc » (P5). Les personnes qu'elles aidaient étaient surtout « des personnes qui [venaient]

d'arriver en France » (P6). Elles aidaient aussi pour le renouvellement des droits. Les personnes SDF devaient renouveler leurs droits tous les ans. Selon P6, ils ne le savaient pas toujours ou ils oubliaient et avaient besoin qu'elles les aident.

2.1.2 Garantir des soins de qualité pour tous, « offrir une égalité » (P2)

Ils voulaient lutter contre les inégalités de santé entre les riches et les pauvres. Ils souhaitaient offrir des soins de qualité pour tous, offrir « une égalité » (P2). Ils avaient « la même exigence avec tout le monde » (P2) et faisaient « la même médecine pour tout le monde » (P2). Ils voulaient offrir « la qualité d'accueil et la qualité des soins [...] à toute une communauté, qu'elle soit riche ou pauvre » (P1).

Ils avaient fait le constat du différentiel d'espérance de vie « de 7 à 8 ans entre les riches et les pauvres » (P1). Ils voulaient lutter contre l'aggravation de ces inégalités de santé : « Si tous les intervenants comme nous pouvons non pas le réduire mais maintenir à 6 ans et bé on aura déjà gagné tu vois » (P1).

Ils réagissaient face aux différences qui pouvaient exister dans les pratiques de soins entre les riches et les pauvres :

- « quand tu vas voir dans les études, et là c'est de la recherche, que plus t'es pauvre et plus ta rhinopharyngite va être antibiotisée, ben forcément que toi en tant que médecin tu t'assois et tu réfléchis » (P1)
- De même pour l'activité physique : « le médecin lambda va donner beaucoup plus de conseils de remise en forme aux riches qu'aux pauvres. Comme si le pauvre n'était pas apte à se remettre en forme (P1).

2.1.2.1 Simplifier l'accès aux soins par une offre de soins large et pluridisciplinaire

La maison de santé était « pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle » (P6), elle réunissait des professionnels « dispatchés sur le quartier » (P2) : « les kinés qui sont dans la rue d'Arras, mais pas seulement, mais on a aussi un pharmacien, on a une podologue, on a les psychologues mais ils font partie de la Maison Dispersée de Santé qui se trouve rue Courmont avec une orthophoniste et on a notre autre

orthophoniste » (P6). P6 précisait qu'il n'y avait pas de clientélisme au sein du pôle de santé.

Ils travaillaient ensemble et partageaient leurs savoir-faire et leurs compétences pour une plus grande efficience :

« tout ce qui est addicto, je me forme sur le terrain et beaucoup beaucoup avec le soutien des anciens » (P2)

« ici voilà y'a X..., Y..., je peux aller très vite et eux ils vont très vite et ils informent aussi, ils me forment, ils m'informent, et ils me donnent des connaissances (P7).

La maison de santé rassemblait des professionnels aux compétences diversifiées et complémentaires.

P2 avait suivi une formation en thérapie familiale de 3 ans : « ça m'apporte beaucoup dans les situations compliquées, dans les séparations, les pertes, les deuils, les violences conjugales, les violences sexuelles ».

P2 était aussi titulaire de l'attestation d' IVG contraception.

P1 s'était formé en psychothérapie : « ça m'arrive de temps en temps de faire de la psychothérapie puisque j'ai appris. Donc de faire, ça arrive de temps en temps, régulièrement ».

Les accueillantes allaient suivre une formation avec la CPAM sur l'ouverture des droits.

P7 avait une expérience antérieure hospitalière en psychiatrie : « j'ai travaillé en psychiatrie donc ça aide ».

P5 avait une expérience professionnelle de la toxicomanie puisqu'il avait travaillé en tant que kinésithérapeute pendant 16 ans dans un centre de cure.

P1 était spécialiste du VIH.

P1 dispensait des cours à la faculté de médecine dans le cadre du DU Santé-Précarité et de l'enseignement de médecine générale sur l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité, les addictions, la sexualité.

Plusieurs professionnels étaient formés en addictologie.

Ces compétences spécialisées permettaient de faire « beaucoup de choses spécifiques, [...] qui ne sont pas faites dans n'importe quels cabinets libéraux » (P4).

Cela simplifiait le parcours de soins des personnes vulnérables : « c'est pratique au cabinet de pouvoir gérer tout ça sans être obligé de passer par les gynéco. » (P2).

21.22 Un lieu de formation, d'innovation, de recherche et d'expertise pour garantir des soins de qualité

Ils menaient des actions innovantes : « je pense n'avoir jamais eu connaissance d'une seule action qui soit menée à la fois avec orthophoniste, travailleur social, psychologue, médecin généraliste, une pluralité comme ça professionnelle ». Les actions portaient sur des thématiques transversales rassemblant plusieurs professionnels.

La MDS accueillait des étudiants en médecine, « des internes, des externes » (P4) et des stagiaires kinésithérapeutes. La MDS était une structure attractive pour les professionnels. P6 nous faisait part de son « grand enthousiasme » quand on lui avait proposé de les rejoindre. Des jeunes professionnels avaient rejoint l'équipe récemment : « Z. est arrivée et après A. arrive cette année, au niveau des médecins. Mais pareil les infirmiers sont arrivés il y a très peu de temps. » (P3).

Les échanges interprofessionnels permettaient l'amélioration des compétences et des pratiques de chacun : « moi jsuis content, parce que mine de rien ici j'ai appris énormément depuis que je suis ici,[...] mes compétences se sont élargies » (P7).

Pour P7, la MDS avait une réelle expertise et devrait être « un lieu de formation [...] obligatoire, [...] autant pour les médecins, que pour les infirmiers, pour les kinés, pour tout le monde ».

La MDS menait des projets de recherche médicale.

Une sénatrice était « venue [les] interviewer » (P1) pour recueillir leur expertise sur la problématique de « l'accès aux soins » (P1) et avait « invité [P1] à intervenir au Sénat ».

Au sujet de la prise en charge des personnes transidentitaires, ils avaient décidé de le faire mais « de façon secure » (P1) pour eux et pour les patients. Ils s'étaient formés, avaient fait une bibliographie et avaient lu « une centaine de

publications sur l'accompagnement des hommes et des femmes dans leur transition avec les hormones et tout ça » (P1).

De la même manière que pour le Collectif Santé Trans, dans le cadre de la prise en charge des patients atteints du VIH, P1 expliquait qu'ils travaillaient avec « ce qu'on a appelé des patients experts » qui étaient des « usagers, des patients » (P1). La prise en compte de l'« expertise » des usagers était un gage de qualité des soins (P1).

« Avoir du collectif » (P1), c'est-à-dire réfléchir avec d'autres allait permettre d'améliorer la qualité des soins. Pour P1, les rencontres interprofessionnelles et les rencontres avec les partenaires sociaux et associatifs du quartier étaient « une évidence » « pour offrir une qualité meilleure ».

21.3 Se donner les moyens d' « accompagner le désordre » : travailler avec les « ressources » du quartier

Les professionnels de la MDS étaient confrontés à des problématiques complexes à la fois bio-psycho-sociales chez des personnes en situation de vulnérabilité. Ils avaient réfléchi à comment accompagner quand c'était beaucoup plus complexe : quand ça « va dans tous les sens » (P3), quand « c'est tout emmêlé » (P2). Il fallait réfléchir et développer « des compétences » (P1), « ça demande des tas de choses quoi ; accompagner l'ordre, ça demande pas grand chose, il faut être technicien, bon technicien » (P1) : « Cet homme qui vient te voir et qui a un diabète et tu lui dis ben il faudrait arrêter de fumer, ça tombe bien je me suis inscrit à l'arrêt du tabac. Il faudrait marcher 40 minutes, ben ça y'a pas de problème j'le fais, je vais le faire. Cet homme est dans l'ordre, il a très peu besoin de nous. Dans le désordre, c'est le mec qui ; pff Arrêter de fumer ? Pff Marcher ? Paaa Ma limonade ? » (P1).

« Accompagner le désordre » faisait appel aux différents champs de compétences, à la fois la dimension « bio, dans la compréhension du corps », la dimension « psycho [...] ta tête comment elle fonctionne : j'suis en train de mettre en colère là, [...] Ben j'suis médecin, j'ai pas à être là pour être en colère » et la

dimension « sociale qui est la rencontre de deux cultures la mienne et la sienne » (P1).

Pour pouvoir « accompagner les personnes en mouise, il ne [fallait] pas y aller tout seul » (P1), il ne fallait pas être seul. Il fallait définir son périmètre, recenser les ressources, « est-ce que je peux le mettre en oeuvre ou est-ce qu'il y a des collègues sur le quartier qui peuvent répondre aux questions ? » (P1). Ils se rencontraient entre acteurs sanitaire, social, institution religieuse du quartier, « les ressources humaines du quartier » (P1) pour voir comment ils allaient « accompagner ces gens » (P1) ensemble : « Tout le quartier, assistante sociale, machin, truc et tout ça, on allait manger là tous ensemble le vendredi midi [...]. Et en même temps ça m'a permis de rencontrer, en 87-88, tout au début ben ce quartier » (P1). Rapidement, ils avaient créé une dynamique de collaboration avec les acteurs sociaux et associatifs du quartier.

Ensemble ils avaient monté des projets collaboratifs. Ils avaient un partenariat avec le CHRS Eole (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) et le CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile) pour l'accompagnement des personnes SDF et des personnes migrantes. Ils échangeaient avec la PMI sur les familles en difficulté. Ils intervenaient au Pôle Ressource Santé du quartier de Moulines dans la « co-animation » (P1) d'une action de prévention sur la vie affective et sexuelle des adolescents. Ils avaient « un partenariat fort » (P2) avec l'association l'Echappée qui prenait en charge des femmes victimes de violences sexuelles. « Des travailleurs sociaux du quartier » co-animaient l'atelier Parentalité avec les psychologues et les orthophonistes (P2).

La maison de santé était une structure ancrée dans son quartier, proposant des réponses médicales et sociales aux problématiques spécifiques du quartier. Elle était en collaboration avec les acteurs sociaux et associatifs du quartier, mais aussi avec les professionnels de santé du quartier. Tous ensemble, ils menaient des actions dans le champ de l'éducation en santé, la prévention, l'accès aux soins. L'ensemble de ces actions étaient « formalisées » (P2) dans le projet de santé de la Maison Dispersée de Santé. Cette dynamique avait abouti à la création de l'association qui rassemblait les professionnels de santé libéraux et des « structures du quartier ou

représentatives de la santé » (P4) : « le CISS, le comité interassociatif sur la santé, le CHRS Eole donc [...] les centres d'hébergement, [...] le centre LGBT » (P4).

En conséquence, la maison de santé était bien connue dans le quartier : « la Maison Dispersée elle est connue, voilà, c'est beaucoup du bouche à oreille. C'est beaucoup « ben va à la maison médicale tu verras tu seras accueilli » » (P6). Les gens savaient qu'ils y seraient accueillis. Pour eux, la maison de santé était « un point d'accueil » (P6) comme un repère, un ancrage. Ils apportaient aux gens une sécurité : « ils savent qu'il y a toujours une écoute, ça c'est important aussi de savoir que vous pouvez vous adresser quelque part où on vous écouterait et on vous aiderait » (P6).

21.4 Ne pas être « pauvrologue » (P1) et favoriser la mixité sociale dans la salle d'attente

La maison de santé n'était « pas un lieu dédié à la précarité » (P2) mais plutôt un lieu où « une humanité se croise » (P1), ils voulaient que « tout le monde puisse venir s'asseoir dans la salle d'attente » (P2), « du Bac +10 au Bac -10 » (P1). La mixité sociale participait à réduire les vulnérabilités. La mixité sociale était un outil « important » (P2) : « que ces hommes et ces femmes, dépendants à l'héroïne, viennent s'asseoir dans une salle d'attente où il y a toute une humanité, des vieux, des jeunes, des grands-pères, des grands-mères, des gamins ben pour moi c'est déjà sortir de là où je suis.[...] Alors que si je vais au centre d'addicto ou d'alcool, généralement c'est que de la misère, avec une même problématique, une même vulnérabilité, qui vient s'asseoir côte à côte quoi. Ah ouais t'es là aussi toi. » (P1). Ils voulaient « faire se croiser des gens qui ne se seraient jamais croisés ailleurs » (P2).

Les actions transversales qu'ils menaient étaient l'occasion de faire se croiser des personnes de différents milieux sociaux, qui rencontraient les « mêmes problématiques [...] quelle que soit la structure familiale » (P2).

L'enjeu était de préserver cette mixité, « que tout le monde puisse trouver sa place, que tout le monde ait envie de venir » (P2). Les compétences spécialisées qu'ils offraient étaient un moyen de préserver cette mixité : « je suis quasiment le seul spécialiste privé à faire du VIH et du coup y'a des gens Bac +10, portefeuille

+10000 qui viennent se faire soigner ici » (P1), « par le fait que, je sois reconnu là maintenant comme grand alcoologue » (P1), « de pouvoir continuer à faire des IVG au cabinet, y'a des femmes qui viennent s'asseoir là qui s'y seraient jamais assis de leur vie » (P1).

Selon P7, la mixité sociale était encouragée par les politiques publiques qui avaient mené des actions de rénovation urbaine : « ils font de la mixité un peu plus, ils mélangent, ils mélangent et ils rénovent, pour que ça reste propre, ça change, ça change ».

« Remettre en lien » était « une des façons d'aider à sortir l'autre de sa vulnérabilité » (P1). « Quand on a construit la Maison Dispersée de Santé, un des axes c'était d'être un lieu relié et reliant » (P1). L'idée était à la fois de « mettre en lien avec [des professionnels du] champ du sanitaire ou du social » et aussi et surtout « de remettre en humain » (P1). Ils se sentaient impliqués dans l'enjeu de maintenir une cohésion sociale : « une humanité qui est là pour essayer vivre ensemble quoi » (P1). La Maison Dispersée de Santé voulait aider à sortir de l'exclusion. Cette mission était commune au soignant et à l'acteur social : « c'est nous, acteur sanitaire et social qui allons construire ça » (P1). C'était le rôle de l'aidant, du thérapeute de recréer les liens qui ont existé, remettre en lien avec, faire remémorer les ressources des personnes dans leurs relations et rompre l'isolement : « renouer le contact avec la famille, que les enfants ils viennent plus souvent, qu'ils la prennent de temps en temps, que les petits-enfants ils viennent, que voilà, elle crée un contact, qu'ils lui fassent confiance, qu'elle leur fasse confiance, qu'ils échangent, qu'elle mange bien, qu'elle voie des gens dans la journée, qu'elle puisse discuter, qu'elle ne soit isolée » (P7).

22 Une approche globale de la personne et du soin

221 Une approche « philosophique » (P8)

« Pour comprendre les problématiques de soins et de santé » (P1), il fallait être capable de comprendre la personne, ses modalités d'être et de penser : « comprendre l'autre [...] dans quoi ça s'insère et comment ça pense » (P1). Les soignants adoptaient une posture d'ouverture à l'autre et à sa culture.

La majorité des professionnels interrogés rapportaient l'importance de connaître la culture de l'autre, cela permettait de comprendre les angoisses, les comportements : « qu'est-ce qu'elles viennent faire ces mères avec leurs gosses qui ont tous le nez qui coule et qui toussent et je pense que la tuberculose a marqué toute cette population pauvre; parce que ben tu toussais ; si comme pour bon nombre, y' a une paire d'années, avant les années 50, c'était la tuberculose, ben tu mourrais » (P1).

S'enquérir de connaître la culture de l'autre, ses habitudes de vie, et les respecter, c'était important pour soigner : « par rapport à la prise en charge, au niveau de l'alimentation, c'est complètement différent, donc genre j'ai des patients ils sont hospitalisés en diabéto ça se passe bien, le traitement il est bien stabilisé, ils rentrent chez eux boum ça flambe, ah ouais mais ils mangent pas comme à l'hôpital, donc c'est pas pareil. Après est-ce qu'on dit à la personne de changer complètement ses habitudes de vie qu'elle a depuis 50 ans ou bien on adapte le traitement qu'elle a depuis 15 jours ? » (P7).

Ils s'étaient intéressés à la culture des personnes immigrés mais aussi à celle des personnes qui vivent dans la pauvreté : « il y avait une culture qu'on avait encore moins saisi éventuellement, c'était la culture de celui qui est juste à côté de chez moi mais qui, qui vit dans la pauvreté. » (P1). Ces personnes vivaient dans un monde éloigné du leur, un monde lointain qu'il importait de découvrir, de comprendre : « J'suis pas issu de la mouise et de la misère donc de rencontrer des gens qui depuis deux, trois générations sont dans la mouise et la misère, pour moi c'était aussi une tribu à découvrir » (P1). Ils s'étaient formés pour comprendre la culture de

l'autre : « la rencontre avec la sociologie de la misère » (P1). Aller à la rencontre de l'autre permettait de sortir de ses préjugés, et de ne plus être ignorant : « le banditisme n'est pas spécifique de la misère » (P1).

A la MDS, les patients étaient accueillis « sans réticence », « de la même façon ». Il n'y avait « pas de regard particulier si ce n'[était] un regard de bienveillance » (P3). Il fallait « les accepter dans leur métier » (P1) : « Ben voilà on m'a dit que je pouvais venir ici et que j' pouvais vous dire que j' suis travailleuse du sexe. Ben ouais vous exercez un métier qui est pas facile. Et ben pour cette femme, de s'entendre dire ça, c'est énorme, c'est énorme, tu vois. [...] Quand je lui dis vous exercez un métier qui est pas facile, je pense que c'est un métier, je pense qu'il est pas facile. » (P1). Ils les acceptaient dans leurs addictions, leurs comportements : « Quand l'autre vient me dire je suis quelqu'un qui prend beaucoup de risques. Ben voilà quoi. Assieds-toi, et tu prends des risques, on va en discuter. L'autre, la réduction des risques c'est déjà d'admettre que l'autre dans ses pratiques, il a les pratiques qu'il a » (P1). Et ils les acceptaient dans leur culture : « est-ce qu'on dit à la personne de changer complètement ses habitudes de vie qu'elle a depuis 50 ans ou bien on adapte le traitement qu'elle a depuis 15 jours ? » (P7).

Leur approche n'était pas seulement « philosophique » (P8) mais aussi « intuitive » (P8), c'était une question de bon sens, « une question d'être humain » (P7). D'abord, il fallait considérer et respecter l'autre pour réussir à l'accompagner : « la première chose qui remet quelqu'un debout c'est déjà le premier regard qu'on porte sur lui » (P8). « Respecter » (P7) l'autre, l'accepter tel qu'il est, le « travail du paradoxe [était] une façon d'accompagner l'autre en grande vulnérabilité » (P1) : « dans le paradoxe, plus je vais t'accepter tel que t'es, plus je vais t'aider à changer ; plus je ne vais pas t'accepter dans ce que t'es plus tu risques de camper dans ce que t'es » (P1). Leurs techniques s'apparentaient à celles de l'entretien motivationnel. Concernant la toxicomanie, P1 expliquait que leur rôle était d'abord de les « aider à réduire les risques », par la prescriptions d' « outils substitutifs », de « shooteuses ».

Pour réussir à les accompagner et avancer, il fallait travailler avec les propres objectifs du patient, ses motivations personnelles : « elle était hyper hyper motivée

pour que son ventre redevienne super plat [...] puis j' me suis dit bon voilà pourquoi pas c'est sûrement pour elle une façon de se réapproprier quelque chose, [...] elle a été super motivée, elle est venue pendant assez longtemps et on a vraiment fait un boulot super je pense » (P8).

Les soignants de la MDS avaient une attitude « bienveillante » (P5). Rencontrer la personne sans préjugés, la voir comme « une personne complète, entière » (P8) était « le premier acte thérapeutique » (P8). Offrir une écoute bienveillante était déjà thérapeutique : « quand les autres font pareil c'est encore mieux. Ortho, tous les intervenants. Y compris les secrétaires. » (P5). C'était une force, un outil majeur pour accompagner ces personnes.

Ils étaient plusieurs à dire qu'il fallait « aimer les gens » (P5) et « s'intéresser un peu à eux » (P5). C'était le point de départ et c'était essentiel pour pouvoir soigner, pouvoir accompagner. Ils faisaient preuve d'empathie : « c'est pas facile, [...] en France y a énormément de démarches à faire, même nous quelquefois on est un peu, voilà, donc on comprend très bien que les gens qui arrivent et bien ils savent pas quoi » (P6) ; de patience aussi : « ça veut dire faut pas s'énerver, faut se dire [...] bon ben voilà aujourd'hui tu passes 20 minutes ½ heure, tu fais un petit pas de fourmi, t'as pas du tout atteint ton objectif [...] mais ça fait rien, t'as posé une première pierre » (P8). Ils avançaient avec eux à leur rythme sans leur imposer la cadence.

Dans ce climat de « bienveillance » (P5), la personne allait « se sentir un peu en confiance » (P5), la personne allait « verbaliser, mieux exprimer ses problèmes et là on [allait] pouvoir intervenir » (P7). Mettre en avant ce qui les rapprochait était utile pour instaurer un climat de « confiance » (P3). Pour P7, la proximité culturelle facilitait les soins et aidait à gagner la confiance : « je pense que les gens sont plus sensibles aussi du fait que y' a un infirmier d'origine maghrébine qui vient chez eux, ils auront plus facilement confiance ». La proximité culturelle rapprochait le patient du soignant, elle pouvait aussi procurer un sentiment de fierté chez les patients : « satisfaits que ben y' a un maghrébin qui vienne les soigner, [...] Et une certaine fierté je pense aussi. Ils sont fiers qu'on vienne » (P7).

Ils étaient dans une position d'humilité : P1 voulait « essayer d'offrir ses compétences ». Il se mettait en position d'égalité avec ses patients : « Bonjour j' suis travailleuse du sexe. Ben moi j 'suis médecin. C'est un métier qui est pas facile, d'être médecin comme d'être travailleuse du sexe » (P1). Ils faisaient aussi attention aux mots utilisés, à la façon d'aborder la personne.

222 Se donner les moyens de réfléchir et de penser autrement l'accueil de l'autre : l'importance du « collectif » et d'être « un lieu relié »

Ils avaient dû développer « des compétences qui leur permet[traient] de rencontrer l'autre » (P1). Leur outil était « le collectif » : rencontrer d'autres professionnels confrontés aux mêmes problématiques et réfléchir avec eux sur ceux qu'ils étaient « en train de découvrir » (P1) : « C'est qui cette tribu que je connais pas ? » (P1). Pour la toxicomanie par exemple, ils avaient créé un groupe qui rassemblait des « généralistes qui [avaient] eu envie [...] de réfléchir ensemble » (P1). De la même façon, pour « accueillir les gens issus de l'immigration, donc du Maghreb [...] [ils avaient réfléchi] avec une équipe parisienne autour de Tobie Nathan, donc d'ethnomédecine et une deuxième année autour de l'Afrique noire, du Mali, du Niger, avec un ethnologue nigérien » (P1).

La Maison de santé était « un lieu relié » (P1), d'une part par le biais de l'association la Maison Dispersée de Santé qui rassemblait des professionnels médicaux et paramédicaux du quartier et des associations du quartier ayant un rôle dans le champ de la santé ; et d'autre part par les liens qu'elle avait établi au fur et à mesure avec les réseaux et l'hôpital.

Dès le commencement, ils avaient « intégré [...] les pratiques de réseau » (P1). Très vite aussi ils avaient créé des groupes de réflexion et d'échange de pratiques : « un groupe de formation [...] la SFTG » (P1), « pour la toxicomanie,[...] généralistes-toxicomanie » (P1), « un groupe Balint » (P1). Ils organisaient des rencontres avec « l'équipe de la PMI [...] 3-4 fois par an » (P1), sur le temps du midi, pour « parler des familles dans la mouise [et] parler pratiques » (P1). Ils étaient « très investi[s] dans les réseaux » (P2) : « interface VIH » (P1), « des réseaux de médecins généralistes, autour de la toxicomanie » (P1), « le réseau santé-précarité » (P1).

Plus récemment, ils participaient aux rencontres nationales « de maisons de santé en Zone Urbaine Sensible » (P1), à Saint-Denis puis à Strasbourg.

Ils communiquaient sur leurs pratiques de soin à travers le « réseau, dans les collectifs » (P1), « par écrit dans des revues [...] par oral dans des colloques, [...] par internet » (P1), dans « certaines formations comme le DU Santé Précarité, [...] une formation Périnatalité dans le sud à Montpellier » (P2). Ils communiquaient pour « faire connaître la MDS » (P1),

pour exporter leur savoir-faire, « raconter notre façon de travailler » (P2), leurs réflexions, leurs positions politiques : « dire dehors ce qu'on fait ici, comment on le fait, pourquoi on le fait » (P1). Pour P1, communiquer était « évident ». Le développement de projets de recherche médicale était aussi une façon de faire de la communication : « ce travail » de thèse allait permettre « de prendre de la distance [...], communiquer, [...] apprendre des choses. sur nous, sur moi » (P1).

Pour P1, c'était une « nécessité à sortir de » chez soi, de sa « façon de penser », de « croiser l'autre » « différent de moi ». C'était « largement constructeur » (P1).

La rencontre de l'autre les faisait grandir, les enrichissait. Ce n'était « pas pensable » (P1) de ne pas évoluer dans leur pratique comme dans leur être. Aller à la rencontre de l'autre et de sa culture supposait d'être prêt à « penser autrement » (P1), d'accepter la possibilité d'être changé, d'être « bousculé » (P1) : « je pense plus toutes les questions de genres, toutes les questions de transidentités et tout ça, et bé y' a 5 ans de ça ou 6 ans de ça j'avais une vision monsieur tout le monde de café du commerce. » (P1).

Au fur et à mesure du temps, au sein de la maison de santé, ils avaient accueilli « d'autres », des personnes qui voulaient venir travailler avec eux mais qui étaient « des pas nous », c'était une richesse de travailler avec des gens avec des « modalités de pensée » différentes, pour ne pas éventuellement « persévérer dans l'erreur » (P1).

223 La prise en compte de l'ensemble des problématiques y compris sociales

Ils prenaient en charge le patient dans sa globalité, « une personne complète, entière » (P8). « La prise en charge du patient [devait se faire] dans sa globalité » (P7) : « Je ne viens pas pour un problème de Lovenox ; c'est : j'ai une personne en face de moi, un humain, quels sont ses problèmes ? » Pour P7, c'était « évident », « logique » : « parce que je suis un humain et je pense qu'il faut le faire humainement ». Ils considéraient l'ensemble des dimensions de la personne, à la fois biologique, psychologique, sociale, philosophique et culturelle : « cette vision un peu globale [...] comme on dit aujourd'hui, cette vision qu'on essaye d'avoir, qui élargit un peu les problèmes » (P8). De cette analyse multidimensionnelle, ils allaient identifier « les problèmes et les difficultés » (P8) de la personne et voir « comment [ils allaient] pouvoir aider » (P8).

Ils avaient bien conscience que la prise en charge médicale et paramédicale ne pouvait se faire sans la prise en compte des facteurs sociaux de santé. Dans leur pratique quotidienne, ils s'intéressaient aux problématiques sociales de la personne, à l'environnement social des patients. Au fur et à mesure, les accueillantes avaient développé l'accompagnement administratif et social pour pallier un manque qui était perçu : « je pense que si nous on les aide pas, ils ont pas d'autre aide, ils savent pas où aller » (P6). L'offre s'était élargie progressivement en fonction des demandes en constante augmentation. Pour P6, aider les personnes sur le plan socio-administratif était « dans [leur] mission », c'était une évidence. Ils informaient aussi les gens sur leurs droits à des avantages sur des critères sociaux (impôts, gaz, électricité, ACS) pour leur permettre d'accéder à des conditions matérielles de base : « ça c'est un accès aux droits aussi et aux soins aussi parce que si par exemple ils ont plus de chauffage, ils vont faire quoi ? (P6).

224 Adapter le soin à la singularité de la personne

Les soins étaient adaptés à la spécificité de la personne, aux besoins de chaque personne : « on propose pas de la rééducation je dirais avec un patron qui est tout fait, on adapte le patron à la taille des gens » (P8). Pour cela, il fallait « s'intéresser un peu à eux » (P5), comprendre qui est la personne, ses modalités

d'être, sa culture, ses comportements et définir ses besoins : « cette personne-là de quoi elle a besoin et comment je peux faire pour l'aider à avancer un petit peu, donc je pense que c'est un peu ça qui est spécifique à ce qu'on fait ici » (P8).

A la MDS, il y avait « une atmosphère où chacun construit des réponses » (P1). Ils adaptaient tout ce qu'il y avait « autour du soin » (P8) : l'accessibilité, la qualité de l'accueil, les locaux, la disponibilité des soignants, l'attitude et l'écoute. L'objectif était que l'accès aux soins soit plus facile, que les soins puissent se faire, « simplifier » (P2) le parcours de soins, accompagner, que ce soit « facilité » (P1), « que ça aille un peu mieux pour lui » (P1). Ils s'adaptaient à chaque personne en fonction de ses capacités, ses difficultés, ses contraintes : « je vais lui dire qu'elle peut venir avec son bébé, parce que je sais que si elle vient pas avec son bébé, ça va être impossible pour elle de venir » (P8). Ils savaient que s'ils ne s'adaptaient pas, les soins ne seraient pas faits.

Ils avaient mis en place des outils « au fur et à mesure » (P6) : « d'un seul coup on s'est rendu compte que B. et C. elle appelaient les gens. Tiens, t'appelle les gens ? Ben oui si j'appelle pas, ils vont pas... » (P1). Ils n'avaient « pas conceptualisé » (P1) : « au fur et à mesure [...] on adapte et on aide » (P6). C'était des choses qu'ils mettaient en place de façon « intuitive et humaine » (P8). Ils avaient dû aussi réfléchir, définir ce qu'« [ils avaient] besoin pour accompagner » (P1) l'autre différent et développer une série d'outils pour garantir une sécurité des soins, « ouvrir la porte de façon secure » (P1). Dans l'accompagnement des personnes vulnérables, ils s'étaient interrogés sur la mise en pratique, comment ils allaient mettre en œuvre les soins pour une personne bien particulière.

Les soins étaient adaptés pour que la personne puisse se soigner plus facilement, pour qu'elle aille « un peu mieux » (P1). Dans « l'esprit » de la MDS, il y avait une « attitude de recherche de bien-être » (P3). Pour P8 c'était aussi permettre « une meilleure qualité de vie ». Il y avait une volonté collégiale d'apaiser la souffrance et d'apporter un mieux-être. P4 faisait un parallèle avec la définition de la santé par l'OMS « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Selon elle, les professionnels de la maison de santé avaient toujours travaillé dans l'idée

d'apporter « un bien-être » complet et « essay[ai]ent de le traduire dans leur exercice quel qu'il soit en terme de profession de santé ».

Une attention particulière avait été portée au lieu. La maison de santé devait être un lieu beau et apaisant. Ils avaient réfléchi à la conception du lieu avec un architecte : « on lui a demandé de bosser et de réfléchir avec nous » (P1). Cela faisait partie des « outils, de réflexions [qu'ils avaient eu pour] l'accueil et l'accompagnement de cette population en mouise » (P1) : « plus je sais que je vais accueillir de la mouise et de la tension, plus il faut que je sois vigilant à l'endroit qui va les accueillir. » (P1). Ils avaient souhaité apporter « du beau », « de l'art » pour que les personnes puissent s'échapper de leur quotidien de misère. La salle d'attente était un lieu d' « exposition » avec « des œuvres d'art » (P1), c'était « quelque chose qui est donné » (P1), « un outil que je donne à l'autre » (P1). Pour eux, offrir des beaux locaux c'était déjà accompagner et prendre soin de l'autre vulnérable : « ce qui me révolte le plus c'est les dispensaires de pauvres. Tu vas à MSL, tu vas être sur le cul quoi. Aux pauvres on offre de la misère, alors que moi j'aurais envie de dire attends non ce qu'on pourrait leur offrir c'est ce qu'on a de mieux » (P1). Ils avaient voulu créer un lieu « où les gens se [sentiraient] bien » (P1), où il y avait « une tension qui baisse et éventuellement une violence qui baisse un peu » (P1). Pour P1, « l'endroit » participait déjà à installer cette « tranquillité », cette « sérénité ».

Adapter le soin à la personne et permettre que ce soit plus facile permettait aussi que le patient s'implique plus dans ses soins et qu'il devienne « acteur » (P8).

225 Le patient acteur de sa santé

« Rendre les gens acteurs [...] de leur santé » (P8) était un objectif majeur pour accompagner ces personnes vulnérables : « quand ils deviennent un peu acteur, c'est 80% du boulot qui est fait, c'est presque gagné quoi » (P5). « L'éducation » (P5) allait permettre cette autonomie. Dans le travail de P8, la « rééducation » c'était « réadapter », redonner de l'autonomie, pour « permettre de faire, et de vivre » quand il y avait eu une blessure qui était « irrémédiable ».

Dans leur pratique quotidienne, ils avaient le souci de ne pas tout faire à la place des gens, de les responsabiliser, toujours dans cette idée de rendre le patient

autonome. Il fallait qu' « ils y mettent du leur » (P6), « qu'ils se responsabilisent et puis qu'ils apprennent ; [...] qu'ils deviennent autonomes » (P6), « il faut pas non plus qu'on les cocoone au point qu'ils savent plus se débrouiller » (P6).

Ils prenaient en compte l'expérience du patient, de l'utilisateur. Dans sa pratique médicale de spécialiste du VIH, P1 avait rencontré des « patients experts ». Ils faisaient partie du collectif de réflexion autour du VIH. L'idée était de prendre en compte le vécu du patient, son expérience, de réfléchir avec lui aux pratiques de soins et que grâce à sa collaboration, on améliorerait la qualité des soins. Au sein de la Maison Dispersée de Santé, des usagers membres du CISS et du collectif LGBT étaient impliqués dans l'élaboration du projet de santé.

3 Etre soignant et prendre en charge les personnes en situation de vulnérabilité

3.1 Des soignants sensibles à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité

3.1.1 Un choix délibéré de travailler auprès des publics vulnérables

Ils avaient choisi de s'installer dans un quartier marqué par une forte précarité : « ici y'a quand même un gros pourcentage de personnes qui sont au RSA, en précarité [...], même si il se renouvelle, il change, malgré tout ça reste quand même un quartier assez, assez dans la précarité » (P6). Ils aimaient travailler dans ce quartier : « Et le côté sensible ça me plaît bien » (P1 au sujet des quartiers en ZUS).

3.1.1.1 Des soignants engagés

Ils avaient une motivation au départ à venir en aide : « au fond de moi j'ai toujours l'envie d'aider les gens » (P6). Ils avaient « choisi de plutôt essayer d'offrir leurs compétences et leurs qualités à des humanités en tension plutôt que d'offrir leurs qualités et leurs compétences à des humanités tranquilles » (P1). Pour P1, ce choix avait cheminé dès les études de médecine et par la rencontre d'étudiants engagés dans un mouvement étudiant socialiste : « donc ça ça a été aussi une première ressource, c'est-à-dire d'avoir des grands frères et qui avaient déjà eux

aussi pensé, rencontré, travaillé avec une humanité plus en tension que qu'une installation tout venant » (P1). Ils avaient « choisi de s'installer dans un quartier où [ils] ser[ai]ent amené[s] à rencontrer plus de vulnérabilité » (P1). Ils étaient plusieurs à avoir « une sensibilité de gauche » (P8). Ils souhaitaient aider, contribuer à une cause, corriger une injustice : « je trouve pas ça normal que les gens n'ont pas de toit sur la tête, pour moi c'est inadmissible, n'importe qui, n'importe qui aurait droit à avoir un toit sur sa tête et à manger dans son assiette » (P6).

3.1.1.2 Prendre en charge des situations complexes et rencontrer des personnes différentes rendait leur pratique stimulante et plus intéressante

« Le côté intéressant de ce quartier, de la clientèle qu'il y a ici, des gens, [...] [ce sont les gens] qui rentrent pas dans les cases [...] [et] souvent les choses avec lesquelles on se défonce le plus où les gens les plus intéressants, c'est les gens qui rentrent pas dans les cases » (P5).

« C'[était] ce fun-là quoi, c'est-à-dire que inlassablement je vais croiser du monde qui me fait bouger » (P1). Et de ces rencontres, ils allaient « avancer » (P1), « tu ressors et t'es plus le même tu penses plus pareil » (P1).

Dans la ZUS, ils retrouvaient ce « fun » (P1), un quartier en mouvement, « c'est sensible ça risque de déraiper à tout moment » où la pratique ne serait jamais monotone, jamais « linéaire » (P1).

Il y avait un côté stimulant, excitant, « quelque chose de fun », à rencontrer une nouvelle problématique, à faire des recherches, réfléchir avec d'autres et mettre en place des réponses, « ça devient intéressant parce que ça demande des compétences » (P1), comme un défi à relever, à chaque fois un nouveau challenge : « Donc là y'a les trans qui sont arrivés ça a rajouté un coup de fun » (P1).

Il fallait « garder [...] quelque chose de fun » : « D'être à Bondues et de faire toute ma vie le même bazar avec un manque de fun. Pfff. Et bé. Pour moi ça n'est pas pensable tu vois » (P1).

3.1.2 Un accomplissement personnel et professionnel

Aider était une source de satisfaction personnelle et professionnelle : « ça me fait plaisir de tendre la main, ça me fait plaisir d'aider » (P6) ; ils avaient le sentiment d'avoir apporté beaucoup à certaines personnes, « des exemples où on a vraiment construit quelque chose ensemble [...] [où] on a vraiment fait un boulot super je pense » (P8).

Leur travail était source d'accomplissement personnel : « j'ai toujours eu, enfin au fond de moi j'ai toujours l'envie d'aider les gens en fait, voilà. J'aime que les gens soient heureux et j'aime aussi aider quoi, voilà. » (P6).

Ils avaient le sentiment d'être à leur place : « plus ça va plus je me dis, j'suis content de travailler ici » (P5) ; « c'est quelque chose qui me va bien effectivement » (P3). Ils étaient épanouis dans leur travail : « c'est toujours des bonnes journées » (P5).

Ils s'étaient pris d'affection pour le quartier : « c'est un réel plaisir de travailler dans ce quartier » (P7), « je suis content de travailler dans ce quartier » (P5) ; et pour leurs patients : « j'suis content de voir tous ces gens qui viennent de partout, d'avoir une salle d'attente qui ressemble à, où y' a une espèce de mélange comme ça, de tous les horizons, de plein de pays, de tous les, voilà, j'aime ça » (P5).

Pour P7, c'était un retour aux sources, « aux racines », un juste retour : « c'est normal que je revienne dans le quartier travailler ». Ils avaient le sentiment d'être plus utile dans ce quartier : « apporter mes connaissances et mon savoir à la population en priorité à cette population d'où je viens [...] au lieu d'aller dans les beaux quartiers, c'est l'idée » (P7).

Ils trouvaient que leur travail était enrichissant : « Ce qui fait la richesse de mon travail comme dans d'autres, c'est la vie des gens, c'est les gens, c'est ce qui se passe avec eux quoi c'est tout, fin c'est vrai je t'assure » (P5).

De s'autoriser à faire des choses qui leur paraissaient « utiles » (P8), leur donnait un sentiment de satisfaction professionnelle : « il y a des choses que j'aime

faire, que je faisais de façon un peu intuitive mais que je me sentais pas toujours légitime » (P8). P8 avait pu obtenir une légitimité dans sa démarche avec la formation en ETP.

La MDS était un lieu valorisant et épanouissant pour les personnes qui y travaillaient : « ici on voit que t'es t'es un pro, t'es un professionnel, hop j'te parle, j'échange, j'échange, c'est pas non t'es un infirmier tu sers à rien, tiens allez va faire ta piqûre, c'est bon. » (P7).

3.1.3 Une question de sensibilité

S'intéresser aux personnes vulnérables était une question de sensibilité : « Mon cœur va vers, plutôt vers des gens comme ceux qu'on rencontre dans ce quartier. » (P8).

Prendre en charge les personnes vulnérables « globalement » (P7), était une question de bon sens et d'empathie : « c'est une question d'être humain, on est humain et on comprend, on prend en charge globalement je dirais même si je n'étais pas infirmier, euh, tout le monde le ferait quoi. » (P7).

Leur sensibilité faisait qu'ils étaient plus ou moins réceptifs à certaines situations : « allez $\frac{3}{4}$ voire plus c'est des femmes et sans doute que ma sensibilité au vécu et au statut des femmes fait que j' suis plus en en résonance, je pense notamment pour la vulnérabilité avec les femmes » (P8).

3.2 Soigner les patients en situation de vulnérabilité dans la pratique

3.2.1 Le soignant pouvait réduire les facteurs de vulnérabilité

« Chacun construi[sait] des réponses » (P1) pour réduire les difficultés des personnes. C'était nécessaire « pour pouvoir soigner » (P1). C'était « un travail de longue haleine » (P5), cela passait d'abord par « permettre l'accès aux soins » (P5).

Ils essayaient de donner à l'autre des outils pour réduire sa vulnérabilité :

- « donner à l'autre les moyens de pouvoir mieux s'intégrer alors qu'il est en vulnérabilité parce que sa langue... » (P1) ;
- « ça passe par l'éducation, voilà, leur apprendre ce qu'il faut faire, ce qu'il faut pas faire ; [...] ça c'est tout un travail mais ça c'est ce qu'on fait au quotidien, c'est ce qu'on fait tout le temps quoi ; dire aux gens que marcher c'est bien, que se bouger c'est bien, leur expliquer pourquoi » (P5).

Ils avaient la volonté d'agir partout où c'était possible : « je pense que chacun fait ce qu'il peut [...] on essaye de faire au mieux pour pouvoir aider ces personnes » (P6).

3.22 Des soignants optimistes mais réalistes

Pour P8, « avec de la patience et des moyens on arrive à tout ».

Ils restaient toutefois réalistes, des personnes pauvres, ou en difficulté, « il y en aura toujours » (P6). Il ne fallait pas se décourager, et « surtout » ne pas se bercer d'« illusion » (P1). [L'illusion] « qu'en offrant un service de grande qualité, on allait permettre aux pauvres d'être en aussi bonne santé que les riches » (P1).

3.23 Repérer les patients vulnérables, un diagnostic qui pouvait être difficile

Repérer les personnes vulnérables allait permettre d'adapter la prise en charge. Ce pouvait être difficile car des personnes faisaient « tout pour cacher » (P3), « ils ont pas forcément envie de débiller leur misère quoi » (P5).

« C'est forcément quelque chose qui est toujours difficile pour les gens. Et pour nous » (P3). Il fallait « solliciter la personne en face à en parler » (P3). Cela nécessitait du temps et de la confiance : « La personne va verbaliser parce qu'elle va faire confiance en nous voyant tous les jours, [...] mieux exprimer ses problèmes et là on va pouvoir intervenir, on va pouvoir coordonner » (P7).

3.24 Le travail en équipe était une nécessité

C'était unanime. Travailler en équipe était « très confortable » (P5). « Quand quelque chose [était] compliqué en terme de vulnérabilité, [pour P3] ce qui [était] bien c'[était] d'en parler pour demander « et toi tu ferais quoi? et toi t'en penses quoi ? ». Le soignant devait s'entourer, « il ne fallait pas y aller tout seul » (P1), ne pas travailler seul. « Si j'ai pas autour de moi ces humains avec qui je peux parler, échanger et continuer à penser, [de rencontrer ces hommes et ces femmes en mouise] ça peut être difficile » (P1).

« Le collectif » et « les moments de rencontre avec les autres » étaient les « outils pour accompagner la grande vulnérabilité » (P1). « Ce qui nous aide c'est nous » (P2). De travailler en équipe, et de réfléchir ensemble donnait de l'efficacité, de l'efficience : « ici voilà y'a X., Y., je peux aller très vite et eux ils vont très vite et ils informent aussi, ils me forment, ils m'informent, et ils me donnent des connaissances » (P7). Ils avaient « énormément d'échanges, le mardi matin 1 fois par semaine » mais aussi tout au long de la journée, « dans les couloirs, en mangeant le midi » (P3). Ils avaient une salle de pause où chacun se croisait au fil de sa journée « c'est justement cette salle qui fait qu'on discute beaucoup les uns les autres, on se rencontre, on discute un peu, oui bien sûr » (P6). La MDS était comme « un mini-Balint » (P3).

Ils partageaient leurs compétences et leurs savoir-faire, « tout ce qui est addicto, je me forme sur le terrain et beaucoup beaucoup avec le soutien des anciens » (P2).

Le travail de coordination entre les professionnels était très important pour les personnes vulnérables, des personnes « qu'on tient on ne sait pas trop comment » (P5) : « nous permettre de nous coordonner, quand y'a des prises en charge un petit peu compliquées avec des personnes [...] qui ont du mal à venir en rendez-vous et qui viennent systématiquement aux consultations libres, [...] ou qui voient des médecins différents à chaque fois. Le fait nous, le mardi matin, d'en discuter, et de s'harmoniser sur la prise en charge et nos pratiques, ça permet d'aller dans le même sens et puis d'avancer » (P2). Le plus souvent, c'était « des gens qu'[ils connaissaient] tous » (P5), pour mieux comprendre, « c'était important d'avoir l'avis

des autres, le regard des autres » (P5) ; « les secrétaires elles savent tout des gens » (P5). C'était important d'échanger de façon interdisciplinaire : « ça arrive qu'il y ait un souci particulier avec un patient, on a besoin d'aide ou besoin d'un autre avis, on peut se pointer à la réunion du mardi matin à 7h30 pour en discuter. On sait qu'on sera reçu, écouté et que voilà. » (P5).

C'était important qu'il y ait une bonne ambiance où tout le monde s'appréciait : « travailler avec des gens que j'aime bien » (P5) ; « on a du plaisir à se voir[...] parce que sur le plan humain on s'apprécie » (P5). C'était « primordial » (P5). Il y avait entre eux une recherche de « bien-être » (P5) : « on s'aime bien et c'est un souci » (P5). Le cabinet devait être une « maison » (P1) où on se sentirait bien : « notre 2e maison donc on passe fréquemment [...] pour faire un petit coucou, boire un café, discuter de Pierre, Paul, Jacques » (P5). Ils avaient une écoute attentive et bienveillante les uns envers les autres. Ils sentaient qu'ils pouvaient exprimer leurs limites : « je le dis parce que je suis ici, parce que je travaille avec ces gens-là. Parce qu'ils vont m'entendre et qu'ils vont pas aller dire ohlala celle-là, elle y arrive pas, elle est nulle, voilà. » (P3). C'était important de pouvoir exprimer ses limites à la fois pour le professionnel mais aussi pour le patient car l'équipe allait en tenir compte et cela ferait avancer la prise en charge.

Ils étaient solidaires les uns envers les autres : « on a un appui formidable avec les médecins et on peut les appeler n'importe quand, on leur dit on a un problème, hop ils arrivent, et pour ça on sait qu'on est soutenues » (P6) ; chacun se sentait considéré, « c'est pas non t'es un infirmier tu sers à rien, [...] ici on voit que t'es t'es un pro, t'es un professionnel, hop j'te parle, j'échange » (P7). Ils pouvaient passer le relais à un collègue éventuellement : « voilà y'a un monsieur je m'en sors pas, j'arrive pas à le soigner, est-ce que tu pourrais le prendre la semaine prochaine ? » (P5).

3.25 Le soignant dans une dynamique d'évolution dans sa pratique

Le projet de la MDS était dans une dynamique d'évolution, afin d'améliorer les prises en charge : « les différentes choses mises en place par la Maison Médicale Moulins ça permet de bien, de bien prendre en charge les patients » (P7), « j'en suis convaincue que ça s'est beaucoup amélioré, bien sûr, y'a encore du travail » (P6).

Toute l'équipe était dans une dynamique d'apprendre, « j'ai toujours une seule phrase, moi c'est je ne sais rien, donc [...] si je ne sais rien, faut que j'apprenne » (P7). Les accueillantes étaient dans une dynamique de recherche par elles-mêmes, d'autoformation : « on cherche, en fait on cherche toujours, si on n'a pas de réponse » (P6).

Ils avaient la volonté de toujours s'améliorer, d'évoluer dans leur pratique et dans leur façon de penser. Ils s'ouvraient à de nouvelles problématiques et pour y répondre ils se regroupaient pour « réfléchir ensemble » (P1). Le travail en équipe au sein de la MDS encourageait cette dynamique : « ils me forment, ils m'informent, et ils me donnent des connaissances » (P7).

Les échanges avec d'autres maisons de santé allaient leur permettre d'évoluer, de se « construire et [d']offrir une qualité meilleure » (P1). Participer à ces rencontres, réfléchir avec d'autres était important, c'était évident pour P1. L'échange et les rencontres les faisaient avancer, « ce qui a d'intéressant c'est que ça va continuer à cogiter dans ma tête » (P1).

Les différents professionnels interrogés faisaient part de leur cheminement personnel,

- par l'expérience : « au début tout était nouveau, tout était difficile, enfin tout était questionnement en tout cas. Quand je regarde par rapport aux consultations que j'ai pu faire au début de mon installation, je vois le chemin que j'ai fait. » (P2) ; « pour moi c'est le vrai travail quoi, qui est pas forcément ce qu'on a appris dans les livres » (P5)
- par des remises en question : « [au début] on a envie un peu d'être un sauveur, [...] c'est difficile de se rendre compte que ça bouge pas, c'est tout un travail que j'ai appris à faire de vraiment de accepter ça aussi, accepter qu'ça bougera pas, accepter que ça pouvait pas..., tout changer » (P2);
- par des rencontres : « rencontre avec le VIH qui a ouvert le champ du collectif, du pas tout seul » (P1) ; « de façon assez rapide, des gens autour de moi des professionnels qui avaient fait le même choix, avec qui on a pu échanger, au sein d'un groupe » (P1).

3.3 La difficulté de soigner les personnes en situation de vulnérabilité

« La difficulté, la difficulté du soin » était le premier élément rapporté par P5 à la question « qu'évoque pour vous le mot vulnérabilité ? »

« Si j'ai pas autour de moi cet environnement qui me permet de, si j'ai pas autour de moi ces humains avec qui je peux parler, échanger et continuer à penser, ça peut être difficile. Bien sûr. » (P1).

3.3.1 Des patients difficiles à gérer

C'était difficile « dans la pratique » quand ils avaient « l'impression d'être utilisés ou manipulés » (P2).

Il y avait aussi des « patients difficiles » (P6), comme « les toxicomanes qui n'[étaient] pas toujours marrants » (P6).

« La barrière de la langue » (P8) était aussi une difficulté relevée par plusieurs professionnels, elle pouvait demander « une patience inouïe » (P8).

Pour P3, la difficulté majeure était « le désordre psychique », « quand ça va dans tous les sens », elle pouvait se sentir « dérangée, déstabilisée et dans l'incapacité de prendre en soin ».

3.3.2 Des problématiques difficiles à aborder, une motivation difficile à initier

Les personnes se sentaient touchées dans leur être, agressées, quand on était amené à parler d'arrêt du tabac : « y'a beaucoup de gens, quand on leur parle de ça, ils aiment pas qu'on touche, parce que ça touche le tabac » (P8). En conséquence, c'était difficile de les impliquer dans l'atelier BPCO car ils n'étaient pas motivés, ils n'étaient pas dans la dynamique de changement de comportement : « ils ont pas toujours envie de ce changement-là, même d'en parler » (P8).

3.33 Des personnes aux problématiques de santé multiples et intriquées

Le soignant était amené à gérer de multiples problématiques (plusieurs problématiques médicales mais aussi psychologiques, sociales ...) : [P8 en parlant d'une patiente migrante rom] « j'ai fait une séance qui n'était pas une séance réellement de périnée, puisque que c'était ça la prescription, l'ordonnance, je me suis rendue compte que cette femme elle devait souffrir beaucoup du dos etc, [...] enfin elle est cassée de la vie de toute façon cette femme. Donc ce que j'ai fait avec elle la première fois, c'est qu'on a quand même parlé, beaucoup parlé ». Les souffrances physiques et psychiques étaient souvent intriquées : « la plainte elle est pas que physique, après nous on l'entend autrement » (P8).

Le diagnostic infirmier prenait en compte les différentes problématiques à la fois médicales et sociales ainsi que les facteurs de vulnérabilité : « J'arrive chez la personne je ne la connais pas donc il faut le temps de la connaître, de voir les différents problèmes et après intervenir sur les différents problèmes. » (P7).

Au sujet de « l'accompagnement du désordre » (P1), il fallait « réussir à impliquer les gens » (P5) dans leurs soins, cela « demand[ait] des compétences, ça demand[ait] des tas de choses » (P1), c'était « une grande partie de notre travail » (P5).

3.34 Des conditions de travail parfois désagréables

Ils acceptaient des conditions particulières qui pouvaient ne pas être les conditions de travail idéales : « des fois, ici ça devient le bordel, ça devient une garderie, [...] alors c'est un peu fatigant parce que c'est vrai qu'on fait pas des séances forcément zen, d'accord, mais en même temps je me dis elle est venue, elle a fait des choses pour elle et puis voilà et puis même ses gamins ils ont vu que leur mère elle faisait des trucs, et pis voilà c'est important, tout ça c'est important, ça me semble important. » (P8).

Ils devaient parfois faire avec les moyens du bord pour les soins de toilette à domicile : « on arrive pour faire une aide à la toilette et la personne n'a pas d'eau chaude, elle doit chauffer l'eau, [...], c'est impressionnant et sur Lille en 2016. » (P7).

« Quand on a des personnes qui sont vraiment..., qui puent, ça peut être aussi un obstacle à la prise en charge, on n'est pas toujours motivés » ; ils pouvaient être gênés par l'état de saleté. Il y avait aussi l'idée de respecter la dignité de la personne : « qu'elle [n']ait pas envie non plus de se déshabiller » (P2).

3.3.5 Un investissement personnel nécessaire

Prendre en charge des personnes en situation de vulnérabilité nécessitait « forcément plus de temps » (P3). Parfois, ils pouvaient ne pas toujours être « motivés pour prendre le temps qu'il [fallait] » (P2). Il fallait beaucoup de patience et de disponibilité, parfois c'était usant : « à un moment il faut qu'on s'arrête. On a besoin de repos » (P6).

Les ateliers d'éducation thérapeutique « demand[ai]ent beaucoup beaucoup d'énergie » (P3), ce n'était « pas facile du tout » (P3). Cela demandait beaucoup d'investissement : « pour le boulot que nous on nous demande de faire on est quand même un peu sous-payés » (P8). L'investissement des médecins avait permis la mise en place d'actions de santé globale : « ils ont réfléchi à tout donc non non ça a été un gros travail et pas des moindres » (P6).

Ils étaient aussi récompensés de leur investissement. Quand les démarches d'accès aux droits étaient abouties cela amenait de la satisfaction dans leur travail : « on est content quand ils reviennent, ils ont leur petite carte, ils sont contents et nous ça nous fait plaisir » (P6). Quand ça fonctionnait, les ateliers ETP amenaient beaucoup d'engouement et de satisfaction : « on a fait quelques groupes qui ont bien fonctionné ; et c'était super fin moi j'ai trouvé ça super, super intéressant » (P8).

Pour P3, la formation était un investissement personnel qui finissait par peser et pouvait devenir trop lourd physiquement : « je suis fatiguée, donc je ne sors pas le soir, je ne sors plus. C'est vraiment une question de respect de mon intégrité physique ». Aller au groupe Balint impliquait de trouver encore de « l'énergie pour ressortir le soir et reparler médecine et reparler de tout ce qui est soucis » (P3).

Organiser et participer aux rencontres (avec la PMI, rencontres nationales des maisons de santé en ZUS) demandait un effort, « par moment c'est pas facile de rencontrer des pas moi mais n'empêche c'est largement constructeur quoi » (P1). La dynamique avait parfois tendance à s'essouffler, il fallait l'entretenir. P1 prenait l'exemple des rencontres nationales en ZUS où ils étaient nombreux la première année à s'être déplacés et puis au fur et à mesure de moins en moins nombreux : « Et là je sens bien qu'au sein de l'équipe, euh... On était deux à aller à Strasbourg » (P1).

3.3.6 C'était parfois difficile psychologiquement pour le soignant

La confrontation avec la réalité était difficile pour le jeune médecin : « c'est difficile de se rendre compte que ça bouge pas, qu' ça bouge pas, qu' ça bouge pas, qu' ça bouge pas » (P2) ; « au début on a envie un peu d'être un sauveur, on croit qu'on va réussir à faire mieux que les autres, de manière inconsciente » (P2).

Il fallait apprendre à être patient, « quelquefois il faut une patience inouïe » (P8), être humble, faire « un travail » (P2) sur soi « d'accepter qu' ça bougera pas » (P2). Il y avait un décalage douloureux entre la croyance naïve du jeune médecin de pouvoir changer les choses et l'immobilisme des patients : « ça a été difficile au début d'accepter » (P2).

Ils pouvaient se sentir démunis face aux situations de grande vulnérabilité, « en gros on se dit je sers à rien quoi » (P2), « j'suis pas sûre que ce que j'ai fait ait servi à grand chose » (P8). Il fallait persévérer, ne pas se décourager, « ne pas s'énerver » (P8), accepter que cela prenne plus de temps, que ce soit « beaucoup plus lent » (P8), « poser des petits grains de sable » (P8), se dire « tant pis » (P8) et « réduire ses objectifs » (P8), « avoir des objectifs assez réalistes » (P2).

C'était difficile « quand rien ne se passe dans la relation » (P2), il fallait « accepter ça aussi » (P2), ou « quand la personne n'en fai[sai]t qu'à sa tête » (P7), il fallait « respecter » (P7) sa volonté.

Il y avait des situations où ils pouvaient être tentés de s'énerver. Néanmoins, le soignant devait rester dans sa position de soignant. Il devait comprendre et analyser ses propres émotions : « Ta compréhension de ta tête comment elle fonctionne »

(P1). Pour cela, il devait prendre du recul pendant sa consultation et être capable de se remettre en question : « j'suis en train de mettre en colère là, qu'est-ce que c'est que cette colère, pourquoi je suis en colère contre lui ? Ben j'suis médecin, j'ai pas à être là pour être en colère » (P1). « Prendre des gens avec une difficulté psychique, enfin en vulnérabilité psychique, c'est difficile » (P3). Il fallait « adapter notre mental à ce mental, à ces gens qui sont en vulnérabilité » (P3), « ça nous demande forcément à nous une adaptation psychique plus importante » (P3).

3.3.7 Le soignant devait se protéger

P3 était lucide sur les situations qui risquaient de la « mettre en souffrance ». Avec le temps elle s'était autorisée à exprimer ses limites et ses difficultés.

Quand c'était difficile, ils étaient plusieurs à dire qu'il fallait « pouvoir le dire, pouvoir le montrer » (P3), « si j'ai pas autour de moi ces humains avec qui je peux parler, échanger et continuer à penser, ça peut être difficile » (P1). Cela permettait d'évacuer la charge, de se soulager.

S'autoriser à exprimer ses limites avait été « une découverte » pour P3. C'était difficile pour le médecin de reconnaître ses limites et d'accepter de verbaliser sa souffrance, ce n'était pas dans l'ordre des choses que le médecin puisse être en difficulté : « Ben c'est pas, normalement on est là pour euh, pour assurer quand même » (P3).

Ils étaient deux à dire qu'ils avaient participé à un groupe Balint, cela « permettait de mettre sur la table tes tensions et tes difficultés avec tes patients, [...] enfin comment c'était dur (P1).

Il y avait des situations où il fallait mettre une distance pour se protéger, « on ne peut pas, faut forcément se mettre la barrière du soignant » (P3). Et de « rester dans cette neutralité », pour P3 c'était parfois difficile, « y'a des cas où ce n'est pas possible », des cas où elle pouvait se sentir envahie, « c'est difficile, c'est lourd, et forcément ça résonne en nous. » Elle pouvait « le dire aux autres », « ce soin-là je ne peux pas l'assurer », c'était « très confortable » (P3). Il y avait de la bienveillance entre eux, la MDS était « un mini-Balint » (P3).

P1 avait dû faire un « un travail personnel, psychanalytique » en début d'installation, « je me suis rendu compte quand même qu'il y avait des blêmes et du coup je suis allé m'allonger sur un divan, deux ans, bon, après ça m'a suffit ».

Il fallait aussi ne pas se laisser envahir dans sa vie privée : « être professionnel c'est je peux rentrer chez moi et j' suis pas obligé de parler pendant 3 heures à ma femme et à mes gosses de mon boulot. » (P1). Il fallait couper avec le quotidien du travail : « j'aime bien la zone mais je suis dans mon luxe et bé., j'habite pas dans la zone quoi je, ma maison elle est pas dans la cité » (P1).

Au bout d'un certain temps, ils étaient « fatigués » (P6) et devaient « s'arrêter » (P6), ils en avaient « besoin » (P6) : « on le sait, on le sent » (P6).

3.4 Un système de santé encore inadapté à la prise en charge des plus vulnérables

Il restait beaucoup de freins à lever pour parvenir à compenser les vulnérabilités : coût financier, formation et motivation des professionnels, évolution des mentalités : « ça voudrait dire que les gens soient à la fois motivés, formés à ça parce que voilà tout ça y'a des filtres, et y'a des jugements, y'a des difficultés, que tout un chacun a vis-à-vis des difficultés des autres » (P8). Il fallait que les mentalités changent, que les préjugés tombent et que les dispositifs soient moins cloisonnés : « y'a une population là qui a aucun accès aux soins. Ca s'appelle les trans. Ah oui mais non, nous on ouvre nos portes aux migrants, aux pauvres, aux sous-prolétaires, aux machins, trucs » (P1).

Il fallait aussi simplifier les démarches administratives, « en France y'a énormément de démarches à faire, même nous quelquefois on est un peu... » (P6).

Les personnes vulnérables étaient « des gens qui ne rentrent pas dans des cases » (P5), qui du coup ne rentraient pas dans la nomenclature des actes. Les choses qu'ils pouvaient faire pour « soutenir les gens, [...] compenser des vulnérabilités » étaient difficiles à mettre en œuvre dans le système de santé libéral

(P8). Ils avaient des difficultés à « faire rentrer ça dans les cases qu'on nous demande de remplir aujourd'hui » (P8).

En raison du manque de réponses qu'offrait le système de santé, ils pouvaient être amenés à « tricher » sur les prescriptions (P1). Le système de santé français ne proposait pas d'offre de soins accessible pour prendre en charge la souffrance psychique ordinaire, « la souffrance qui concerne tout le monde » (P2). Les benzodiazépines étaient souvent la seule réponse accessible financièrement pour les pauvres, « on dit en France y'a des caisses de benzo, ouais mais y'a rien d'autre de remboursé » (P1). Ils voulaient pouvoir apaiser cette souffrance « autrement qu'avec des benzo » (P1). Dans leur pratique libérale, ils avaient réussi avec un certain « bricolage » (P1) à proposer des soins de sophrologie et de relaxation. Ils étaient deux kinésithérapeutes à le faire. Par contre, ils n'arrivaient pas à leur donner accès à des soins de psychothérapie : « dans l'apaisement de la souffrance ordinaire où je trouve que on est là, on est démunis » (P1). Dans sa pratique quotidienne, P1 prenait le temps régulièrement de faire de la psychothérapie (il y était formé) mais c'était très chronophage et il ne pouvait pas s'en « embarrasser » : « y'a déjà les tox, les alcoolos les machins enfin ça c'est déjà bon quoi, j'ai déjà [...] tu peux pas tout faire quoi ». Pour P1, ce n'était pas le rôle du CMP qui était déjà « débordé ». Il y avait deux psychologues installées à la maison médicale mais en l'absence de prise en charge de ces soins par l'Assurance Maladie, elles ne pouvaient prendre en charge les personnes en situation de précarité. En effet, elles ne pouvaient pas travailler « bénévolement » (P1) ou brader le tarif de leurs consultations.

L'idée était qu'elles puissent « bénéficier d'un temps salarié qui leur permettrait de pouvoir accompagner des hommes et des femmes dans la mouise » (P1). Pour l'instant, malgré le montage du projet et les démarches de recherche de financements, l'action n'avait pas encore pu être mise en oeuvre. Pourtant pour P1, c'était « le boulot de la maison de santé, le boulot des maisons de premier recours de répondre [...] de façon intellectuellement intéressante à cette souffrance ».

Il manquait de moyens en France pour compenser le handicap et pour accompagner, « la notion de compensation, elle existe dans le droit [...] dans ces

pays-là [scandinaves] c'est réellement ce qui s'y passe, ici chez nous c'est pas en place complètement » (P8).

Récemment il y avait eu une évolution des politiques publiques de santé avec la création des maisons et pôles de santé. Pour P4, les politiques avaient eu une « prise de conscience » du rôle des professionnels de santé libéraux dans « le champ Santé Publique ». Les professionnels de santé libéraux étaient désormais des « acteurs de la Santé Publique » (P4) et « la Sécurité Sociale, donc via les ARS [avait demandé] à ces professionnels de santé de s'approprier la notion de santé publique » (P4).

Ils avaient créé des « nouveaux modes de rémunération » dans l'optique de « faire évoluer les pratiques » (P4) : « le compérage, donc de travailler ensemble, de communiquer ensemble autour d'un patient de façon très très régulière, c'est ce qu'on appelle la coordination » (P4) ; et « la prévention, notamment sur les maladies chroniques [...] donc on a mis en place l'éducation thérapeutique du patient » (P4). « Le but étant toujours à terme la question de la santé publique et du coût » (P4).

Pour P8, l'éducation thérapeutique était « un beau concept » mais « très encadré par des gens qui ont une vision un peu comptable de la chose » et peut-être « trop formalisé » pour être « déployé avec assez de liberté ». En effet, « fin 2012, quand le cadre a été posé, le champ, les limites, les contraintes, c'était un peu, voilà austère » (P4), aujourd'hui ils s'intéressaient aussi aux « autres actions menées » (P4), « ça [allait] évoluer » (P4), « on sort du cadre juridique pur cloisonné » (P4), ils ouvraient à « la notion de projet de santé global » (P4).

Malgré des évolutions sur le plan structurel et sur le plan des rémunérations, c'était encore insuffisant : « pour parler de l'ETP, pour le boulot que nous on nous demande de faire on est quand même un peu sous-payés en tout cas dans notre quartier ici » (P8). Alors qu'ils prenaient plus de temps pour s'occuper convenablement des patients « on voit un patient par demi-heure » (P5), ils gagnaient moins : « on n'a pas de gros revenus, quand on regarde les SNIR on est tout en bas des kinés » (P5).

Les politiques exerçaient un contrôle des dépenses de santé des actes paramédicaux. Les professionnels de santé paramédicaux devaient rendre des comptes à la Sécurité Sociale, justifier leurs actes sous forme de « bilans » (P8) au caractère très formel. Les kinés devaient « mesurer des angles » (P8), etc, « un nombre d'actes » (P8) était prédéfini pour certaines pathologies. Ce système semblait archaïque et ne rendait pas compte du travail effectué (« des choses [...] que je ne me sentais pas toujours légitime à faire de part les demandes » (P8)) ; ni des progrès des personnes « sur d'autres plans » que le somatique (P8).

D'après P7, l'hôpital montrait de grosses lacunes dans l'accompagnement des personnes vulnérables. Les personnes étaient mal informées : « Pourquoi j'ai ça, à quoi ça sert ? On m'a rien dit. On m'a rien dit » (P7). P7 devait parfois gérer des retours à domicile improvisés par l'hôpital : « une sortie le vendredi soir, la personne elle est même pas autonome, par exemple » (P7). L'hôpital ne prenait pas ou insuffisamment en compte le contexte du patient quand il prenait la décision de la sortie : « On va vite et, on s'en fout du truc on règle l'urgence et après hop cassez-vous, on s'en fout après du devenir » (P7). Il trouvait aussi qu'il pouvait y avoir un manque d'humanité : « il a pas dit bonjour, il a pas dit au revoir quoi. Et il a même pas dit vous n'avez pas une question, monsieur ? Non ! Le patient on s'en fout. [...] J'ai toujours vu ça. » (P7).

Compenser les vulnérabilités était « une question de moyens et de volonté » (P8), de volonté politique surtout. Selon P1, les pouvoirs publics ne prenaient pas de mesures suffisantes pour diminuer les inégalités sociales, il doutait sur leur volonté à mener cette lutte. Pour lui, les politiques s'arrangeaient pour conserver une hiérarchie sociale et donc des inégalités sociales : « c'est une façon qu' [ont] les gens aisés, ou une classe pensante de continuer à garder les castes ». Pour P1, les politiques se voilaient la face, ils proposaient des améliorations sur la santé mais tout en conservant un système inégalitaire.

Pour P1 et P8, la France était en retard. Dans les pays scandinaves, « la notion de compensation » existait « réellement » (P8). « On serait dans les maisons de santé québécoises, t'as des psychologues, salariés, ça fait partie du et éventuellement t'as même aussi en Belgique des musicothérapeutes » (P1).

4 Les outils mis en place pour prendre en charge les personnes vulnérables

4.1 Prendre en charge le patient dans sa globalité en pratique

Il y avait des personnes qu' « il [fallait] vraiment étayer en permanence » (P5), soutenir, accompagner, qui avaient « besoin d'une prise en charge globale » (P5). Prendre en charge le patient dans sa globalité dans la pratique c'était « informer, éduquer » (P7), « il [fallait] sans arrêt revenir sur un tas de choses » (P5), sur des choses simples de la vie quotidienne, il fallait « presque faire l'emploi du temps de la semaine » (P5). Il fallait qu'il y ait « cette réponse » (P5), « ce répondant autour » (P5). Pour P5, c'était « au service de tous ces cas-là », des patients « qu'on tient on ne sait pas trop comment ». Cette organisation était nécessaire, « sinon on fait rien du tout [...] on fait du n'importe quoi » (P5), c'était aussi « pour éviter les complications [et] les hospitalisations » (P7).

Les professionnels paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste, infirmier) étaient amenés à voir les patients régulièrement, quotidiennement pour certains. Ils les connaissaient bien, « un lien particulier » (P8) se créait une certaine « confiance » (P5) aussi.

Prendre en charge les personnes vulnérables nécessitait « forcément plus de temps » (P3) et même parfois « des consultations à répétition », ils demandaient aux patients de « revenir pour comprendre mieux » (P3). C'était aussi « pour leur apporter un soutien plus juste » (P3). C'était un énorme travail fait dans l'ombre : « je crois qu'on réalise pas bien tout ce qui peut se passer en ville » (P5). Ils n'en attendaient pas pour autant un retour ou une reconnaissance : « je crois que les gens s'en rendent même pas compte, de ce qu'ils ont, je parle pas pour nous, ni pour moi, de la qualité de soins qu'ils peuvent avoir » (P5).

Il fallait encourager et soutenir, « valoriser » (P7) la personne, « insister pour qu'elle sorte un peu plus » (P7), rompre avec l'isolement, « renouer avec la famille » (P7), mettre en place un plan d'aides.

La prise en charge devait se faire avec la prise en compte et le respect de la culture et des habitudes alimentaires.

Ensuite, chaque professionnel intervenait selon sa discipline et ses compétences propres dans le système d'accompagnement.

L'infirmier était le chef d'orchestre de la prise en charge de la personne à domicile : « on va pouvoir coordonner différents partenaires pour prendre en charge vraiment la personne globalement » (P7).

Les kinésithérapeutes soignaient « un corps souffrant » (P8) qu'ils percevaient au sens une personne dans sa globalité avec des plaintes physiques et psychiques intriquées. Le soin porté au corps était un « média » (P8) pour soigner la personne dans son entièreté. « En rassemblant les plaintes » (P8) et en soignant avec « le média du corps », ils amenaient un mieux-être tant physique que psychique : « on fait beaucoup de psy sans le dire » (P8). Ils permettaient d'apaiser les tensions, ils étaient « une soupape » (P8). Pour P8 « toucher » la personne ce n'était « pas anodin du tout ». Il s'instaurait forcément « un lien particulier » (P8). Par cette « bienveillance » (P5), « cette parlothérapie » (P5) et « le soin » (P5), ils apportaient un mieux-être global. Selon P8, ils arrivaient « à les aider à se reconstruire », « à réinvestir leur corps et à se ressentir », « à retrouver un plaisir du corps et une puissance du corps ».

Les orthophonistes avaient apporté un autre point de vue, une expertise sur l'accueil des personnes étrangères : « on s'est rendu compte que les orthophonistes nous ont appris énormément de choses sur ces populations en difficulté » (P1). Grâce à leurs compétences, elles avaient permis d' « offrir des réponses » (P1). Pour P1, elles avaient accompagné l' « intégration » de personnes étrangères en les aidant dans leurs difficultés importantes de prononciation du français.

4.2 Un accompagnement rapproché des personnes vulnérables

4.2.1 Le développement de l'accueil

Pour améliorer l'accessibilité et l'accès aux soins, les médecins étaient très disponibles avec des possibilités de consultation sans rendez-vous de 8h à 19h : « Pour moi ici la grande flexibilité, c'est au niveau des horaires d'accueil. Donc l'ouverture 8h-19h en non-stop, il suffit de pousser la porte » (P2). Cela permettait aux personnes pour qui la prise de rendez-vous représentait un frein, de consulter un médecin facilement. Les kinésithérapeutes adaptaient aussi la gestion de leurs rendez-vous avec la possibilité de consultations dans la journée.

Les accueillantes avaient plusieurs missions.

« Un accueil physique » (P2) était assuré toute la journée de 8h à 19h et le samedi matin par deux accueillantes. C'était important d'avoir un accueil physique toute la journée : « tout change avec le physique » (P6). Cela participait à améliorer l'accès aux soins, chacun pouvait venir tout au long de la journée et serait accueilli de façon humaine et sympathique.

Elles facilitaient la communication entre les patients et les professionnels de santé extérieurs. Elles téléphonaient aux patients pour leur rappeler leurs rendez-vous quand ils étaient dans l'incapacité de s'en souvenir : « elle appelle l'ambulance pour qu'elle passe prendre J., et elle va appeler J. demain matin pour qu'il se réveille et qu'il aille » (P1). Elles avaient pris l'initiative de le faire pour compenser des freins à l'accès aux soins. Si elles ne le faisaient pas, « les soins ne seraient pas faits » (P8) : « B. elle est un bout de la tête de J. puisque elle va l'appeler demain » (P1). Les accueillantes étaient de « précieux collaborateurs pour accompagner les gens dans la mouise » (P1).

A l'arrivée des patients, elles repéraient les patients en rupture de droits et ceux qui avaient besoin d'aide pour monter leur dossier administratif d'ouverture ou de renouvellement de leurs droits. C'était important que cette étape se fasse en amont de la consultation afin de ne pas mettre les patients « une fois supplémentaire dans la difficulté » (P5).

Elles aidaient les personnes dans leurs démarches administratives d'accès aux droits. Elles proposaient aussi un accompagnement social individuel. Elles recevaient les patients sur rendez-vous et dans un bureau afin de respecter leur intimité et permettre un accueil individualisé. Elles pouvaient les mettre en relation avec les associations d'aide (la Cimade, MSL), les structures partenaires du quartier (centres d'hébergement, PMI, CADA), les structures administratives locales (CPAM, la mairie). Selon P7, la maison médicale était un des rares cabinets à proposer ce type d'accompagnement.

Au-delà du rôle des accueillantes, les soignants avaient une tolérance pour les patients en rupture de droits : « s'ils ont pas leurs papiers c'est pas grave, l'essentiel c'est qu'on fasse les soins assez rapidement » (P7). Ils pratiquaient un tiers payant « quasi généralisé » (P1), dès qu'ils le pouvaient, c'était une évidence. Cela concernait les personnes en CMU, AME et ALD, ils avaient aussi des accords de dispense d'avance de frais avec les mutuelles.

La MDS accueillait des patients de nombreuses nationalités différentes ainsi que des patients demandeurs d'asile. Les soignants avaient développé des astuces et des outils pour pouvoir se comprendre. P2 utilisait le site internet Traducmed réalisé par un médecin grenoblois. Il permettait de poser des questions simples utilisées habituellement pour mener une consultation grâce à des phrases pré-enregistrées disponibles dans de nombreuses langues. P7 demandait à ce qu'« un membre de la famille vienne ». P7 réussissait à comprendre le minimum : « j'arrive toujours à m'en sortir, j'arrive à avoir l'oreille » (P7).

4.22 Le travail de coordination au sein de la MDS et avec les partenaires locaux et les réseaux

Ils organisaient des réunions hebdomadaires tous les mardis matin à 7h30, elles étaient pluri-professionnelles. Ces réunions permettaient de « s'harmoniser sur la prise en charge » (P2), de faire une synthèse, pour « avancer [...] malgré certaines situations complexes » (P2). Ces réunions et ce travail de coordination entre les différents professionnels avaient « toujours existé » (P3) mais ils avaient pu

obtenir en 2013 un financement dans le cadre de l'ENMR (expérimentation des nouveaux modes de rémunération). Un dossier informatisé patient était partagé entre les médecins. Il y avait un projet de création d'un système informatique partagé entre tous les professionnels de santé de la MDS.

Pour accompagner les personnes vulnérables, il fallait avoir un bon carnet d'adresses, « connaître les différents partenaires » (P7). Ils étaient très investis et connus dans les réseaux. En retour, ils leur étaient d'une aide précieuse dans leur pratique quotidienne. Cela permettait de « simplifier » (P2) l'accès à un avis spécialisé ou à une prise en charge spécifique. Ils étaient investis dans le réseau Santé-Précarité, le COREVIH, ... De par leur activité hospitalière, ils avaient des contacts privilégiés avec des professionnels hospitaliers spécialisés.

Ils avaient des partenariats et des contacts réguliers avec les structures médico-sociales et associatives du quartier. Cette collaboration existait de longue date. Des structures médico-sociales du quartier étaient au Conseil d'Administration de la MDS : le CHRS Eole avec le centre d'hébergement d'urgence l'Escale, les Lits Halte Soins Santé, le CADA. Les professionnels de santé de la MDS intervenaient pour des soins dans les Lits Halte Soins Santé. Ils travaillaient aussi en lien avec la PMI avec qui ils avaient des temps d'échange sur les familles en difficulté. Dans le cadre de l'association MDS et le partenariat avec l'association l'Echappée, ils avaient pu obtenir des financements pour l'accès gratuit à des séances de psychothérapie pour les femmes victimes de violences sexuelles.

4.3 Le travail de prévention et d'éducation thérapeutique

Dans le cadre de leur travail au contact des personnes en situation de vulnérabilité, la prévention avait une place importante. L'éducation thérapeutique, d'« impliquer » (P5) le patient dans ses soins, de le rendre « acteur » (P5), était une grosse partie de leur travail : « c'est tout un travail mais ça c'est ce qu'on fait au quotidien, c'est ce qu'on fait tout le temps quoi » (P5). Ils leur donnaient accès à l'« information » (P7), « expliquer pourquoi » (P5), « dédramatiser et reprendre » (P5). Ils les informaient sur leurs pathologies mais aussi sur des soins qui concernaient « tout le monde » (P7) comme les vaccinations.

Certains professionnels avaient suivi la formation ETP. Au-delà des ateliers ETP qu'ils animaient, cette formation leur avait permis d'évoluer dans leurs façons de penser leurs pratiques, dans leurs « focus de prise en charge » (P8) et de faire de l'éducation thérapeutique « individuellement » (P8).

Pour P3 qui avait été formée, les ateliers d'éducation thérapeutique était l'occasion d'offrir un « échange », une « disponibilité », une « information » différente, plus personnalisée, sur leur santé. Pour P7, les ateliers étaient l'occasion aussi de « corriger » « certaines croyances » que les patients pouvaient avoir sur leurs maladies, de les faire « relativiser », de les rassurer : « ils ont une image du diabète, c'est je suis diabétique j'suis foutu, déprimé, ça sert plus à rien de vivre, j'suis foutu, j'vais mourir ».

Pour P7, l'intérêt était aussi de « mettre en lien » les patients entre eux, « de les laisser échanger » et « apporter eux-mêmes les informations ». Ils avaient ainsi un rôle d'expert par l'apport de leur propre expérience : « ils disent moi je fais ça ça ça pour que mon diabète se passe mieux ». Cet échange avait l'effet d'un renforcement positif de la motivation et de l'estime de soi. Pour P7, le dialogue qu'ils pouvaient avoir avec d'autres patients avait plus d'impact que « le discours habituel » du professionnel avec lequel « ça imprim[ait] moins bien ». Ils s'échangeaient « des astuces, des petits trucs bêtes » (P7), des éléments concrets qui semblaient marquer plus les mémoires et attirer les attentions. Il y avait une ambiance de connivence : « quand ils sont de la même origine alors voilà ça marche un peu mieux, ça marche mieux, en tout cas c'est plus efficace » (P7). La famille pouvait être présente aux ateliers pour augmenter l'efficacité du programme ou pour certains patients moins autonomes ou qui ne parlaient pas français.

Les ateliers thérapeutiques impliquaient une logistique « très lourde » (P8) et un investissement important des professionnels. Le recrutement des patients était difficile, ensuite il fallait organiser les différentes sessions avec la présence des différents professionnels et faire des « rendus d'activité » (P4). Pour la partie logistique, il fallait une personne dévolue à cette tâche. Une des accueillantes s'occupait de ce travail grâce au financement obtenu.

4.4 Les actions de santé globale

Ils avaient été amenés à développer des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales pour diverses problématiques qu'ils rencontraient dans leur pratique. Le projet de santé avait été élaboré selon les besoins du territoire : « La Maison Dispersée de Santé c'est un projet de santé [...] ; en lien avec un territoire » (P4). Ces actions avaient été élaborées avec les partenaires associatifs et structures médico-sociales du quartier.

Ces actions de santé publique portaient sur des thématiques transversales. L'adjectif « transversal » avait un double sens ; à la fois dans le sens « qui peut toucher tout le monde » (P2), c'est-à-dire des personnes de milieux sociaux différents, mais aussi dans le sens multidimensionnel, de la santé globale, avec des problématiques bio-psycho-sociales.

L'ensemble des actions de santé globale ainsi que les modalités de prise en charge spécifiques (organisation des soins, travail de coordination, formation des jeunes professionnels, recherche médicale, formation continue) constituaient le projet de santé. Récemment, ils avaient réécrit le projet de santé avec l'aide d'un bureau d'étude spécialisé pour mieux se faire comprendre et obtenir des financements.

4.4.1 L'action « Accès aux droits »

Avec l'arrivée de la première secrétaire en 2009, les médecins avaient pu déléguer certaines tâches telles que la vérification de droits ouverts. Comme ils recevaient régulièrement des personnes qui n'avaient pas de droits ouverts, ils s'étaient mis progressivement à proposer une aide pour les démarches d'accès aux droits. Les accueillantes y passaient « beaucoup de temps » (P4), « 200 à 300 heures par an » (P4). Ils avaient identifié des financements extérieurs possibles pour rémunérer ce travail. Ces fonds publics ne pouvaient pas être versés dans une société d'exercice libéral ; donc ils avaient créé une association en 2010 et pu obtenir des financements en 2013. La structure associative permettait de récolter des fonds publics pour mener des actions collectives de santé globale.

4.4.2 L'action Parentalité

Ils avaient mis en œuvre une action sur la thématique de la parentalité. Cette action était menée sous forme d'ateliers réunissant une psychologue, une orthophoniste et un travailleur social. Il y avait 2 cycles de 5 séances par an. Un médecin généraliste était en charge de la coordination du projet et des démarches auprès des organismes financeurs. Les objectifs étaient « de trouver ensemble des pistes pour améliorer les relations, les compétences parentales » (P2) et d'« améliorer un peu le climat à la maison, améliorer les échanges, les moments passés avec les enfants » (P2). Cette action concernait des familles en difficulté dans l'exercice de leur parentalité. P2 expliquait que cette action faisait « se croiser des mamans, des papas » qui rencontraient souvent « un peu les mêmes problématiques », ce n'était pas uniquement « le lot des personnes précaires ».

Cette action était menée depuis 2012. Ils avaient obtenu des financements de différents organismes publics ou privés : « la Fondation de France a démarré le projet avec le Conseil Général, le Conseil Général est toujours là depuis 2012, depuis il y a eu la CAF, la Ville de Lille » (P4). Cela impliquait de « monter des dossiers auprès de la CAF, auprès de la Ville de Lille, auprès du Conseil Général, [de] faire des bilans et ainsi de suite » (P4). C'était « lourd » (P4) et chronophage.

Ils avaient dû faire appel à une personne pour la gestion des aspects administratifs, juridiques et financiers, « et l'aspect montage et suivi des projets » (P4) : « je suis arrivée en avril 2012 parce que ça a été les premiers versements de l'ARS pour les nouveaux modes de rémunération et les premières subventions versées et ils étaient un peu démunis sur le suivi de tout ça parce que c'est particulier : les subventions, les conventions, on doit rendre des comptes » (P4).

4.4.3 Action sur l'accompagnement des personnes transidentitaires

Les volets médical et psychologique étaient assurés. Ils souhaitaient obtenir des financements pour développer le volet insertion sociale et professionnelle avec l'embauche d'un travailleur social. Ces personnes étaient « en grosse grosse souffrance, à la fois sociale et professionnelle » (P4).

4.4.4 Action Violences faites aux femmes

En partenariat avec l'association l'Echappée, ils proposaient un accompagnement des femmes victimes de violences sexuelles. Ils avaient réussi à obtenir des financements publics. Dans ce cadre, des soins de psychothérapie étaient dispensés gratuitement.

4.4.5 Des projets en attente de financements :

- Action sur la souffrance psychique ordinaire

Ils souhaitaient proposer un accompagnement des personnes pour les aider à surmonter « la souffrance de la vie » (P1), ce qu'ils appelaient « la souffrance psychique ordinaire »(P1). Jusqu'ici l'action n'avait pas pu être mise en œuvre en l'absence de financements.

- Il y avait aussi un projet qui avait été monté sur la problématique de la souffrance au travail.

L'ensemble des actions de santé globale était mené dans le cadre de l'association La Maison Dispersée de Santé. Dans ce cadre, ils sollicitaient des financements publics. C'était compliqué de trouver des financements, ils devaient solliciter plusieurs structures, souvent ils étaient « renvoyés » (P2), c'était « un peu le ping-pong » (P2). Et puis c'était « très politique » (P2) et les financements n'étaient pas pérennes du fait de l'alternance politique et des nouveaux élus.

Pour l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), ils avaient créé une SISA en 2013 afin de récolter les fonds publics et permettre la mise en commun des moyens pour l'exercice en commun d'actions de coordination, d'éducation thérapeutique et de coopération entre professionnels de santé dans le cadre du projet de santé.

L'organisation en différentes structures juridiques (association, SISA, sociétés d'exercice libéral) occasionnait une lourdeur administrative, plusieurs « conseils

d'administrations » et des « tenues de comptes » différentes : « ça démultiplie, ça démultiplie » (P4).

DISCUSSION

Notre étude a permis de présenter des pratiques, des réflexions et des outils mis en place dans une structure d'exercice pluriprofessionnel de soins de premier recours pour l'accueil et la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. Nous avons aussi pu apporter une approche de la définition de la notion de vulnérabilité du point de vue des professionnels de santé interrogés.

1 Les forces et les limites de l'étude

Il s'agissait à notre connaissance de la première étude s'intéressant à la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité par les professionnels de santé de premier recours. Cette étude était originale par le fait qu'elle s'intéressait à la notion de vulnérabilité et à son approche en médecine générale. Le concept de vulnérabilité était jusqu'ici peu étudié en médecine générale.

1.1 Le choix de la méthode

La méthode qualitative était adaptée pour permettre d'explorer les réflexions qu'avaient eu ces professionnels concernant la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité.

1.2 Le choix des participants

Le choix de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins était pertinent pour étudier la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité par des professionnels de santé de premier recours exerçant en groupe. D'une part, la Maison Dispersée de Santé est située dans un quartier prioritaire de la politique de la ville avec des indicateurs de précarité préoccupants. D'autre part, la Maison Dispersée de Santé est une structure innovante expérimentant de nouvelles

pratiques professionnelles : au-delà de la coordination entre les professionnels, elle mène des actions transversales mêlant des acteurs locaux et associatifs et touchant différents domaines de la santé publique tels que la prévention, l'éducation pour la santé ainsi que des actions sociales.

Par contre, l'échantillon n'a pas pu être représentatif de l'ensemble des professions de santé existantes à la Maison Dispersée de Santé. Les psychologues, les orthophonistes, la podologue et le pharmacien n'avaient pas été interrogés pour des raisons pratiques (indisponibilité des professionnels) et en raison de l'obtention de la saturation des données. Ils auraient pu apporter des éléments de réflexion complémentaires et spécifiques à leur profession. Le choix d'un échantillonnage en variation maximale aurait peut-être été plus adapté. Pour des raisons pragmatiques, la saturation des données n'avait pas été confirmée par des entretiens supplémentaires. Le biais d'interprétation était limité par l'analyse triangulée des données.

2 Analyse des résultats

21 La notion de vulnérabilité : apports théoriques et enjeux actuels pour les soignants et les gouvernants

21.1 Le concept de vulnérabilité

La vulnérabilité désignait des personnes « fragiles ». Des personnes étaient vulnérables parce qu'elles manquaient de conditions essentielles (éducation, logement, isolement, pauvreté,...). Du fait de ces fragilités, de ce « talon d'Achille », ces personnes pouvaient basculer « du jour au lendemain ». Pour Robert Castel, « l'insécurité sociale est le fait d'être à la merci du moindre aléa de l'existence, [...] qui peut rompre le cours de la vie ordinaire et vous faire basculer dans l'assistance et à la limite dans la déchéance sociale » (23). Un parallèle peut être fait entre « la vulnérabilité sociale » dans notre étude et le concept d'insécurité sociale de Robert Castel. La vulnérabilité sociale pouvait concerner à la fois des personnes dans des

situations de « pauvreté-précarité », mais aussi des personnes dans une fragilité de l'emploi. Pour Robert Castel, l'insécurité sociale concernait à la fois des personnes « qui ne travaillent pas et qui travaillent » : les personnes au chômage, les jeunes qui galèrent et les travailleurs pauvres. Ces personnes risquaient d'être condamnées à nouveau, comme le prolétariat du XIXe siècle à « vivre au jour la journée » (23). Ces personnes étaient décrites comme « des gens en tension de vie » dans notre étude. La société d'aujourd'hui était marquée par « une remontée de l'insécurité sociale » (23). Si bien que, « certains sociologues-philosophes considéraient que les sociétés occidentales seraient depuis quelques décennies entrées dans une « anthropologie de la vulnérabilité » sur fond de « société du risque » (Beck) et de « montée des incertitudes » (Castel) » (24).

De même que l'analyse d'Axelle Brodriez-Dolino, notre étude a montré que la notion de vulnérabilité était une notion plus englobante que les notions qui avaient pu être utilisées auparavant (exclusion, pauvreté, précarité) (24). La notion de vulnérabilité pouvait s'appliquer aux cas de « pauvreté-précarité » « non du fait du « simple » manque d'argent mais des effets boule-de-neige induits : « précarité » de Castel, insécurité du présent et de l'avenir, moindre accès à l'instruction, malnutrition ou sous-nutrition, exigüité du logement, difficultés d'accès aux soins, surexposition aux conduites à risque (alcoolisme, prostitution...) et aux professions dangereuses, etc. ; d'où une fragilisation de la santé physique et mentale » (24). D'où l'idée que le point de départ d'une action qui viserait à améliorer l'état de santé des plus pauvres devrait déjà s'atteler à une lutte contre les inégalités sociales. Les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » sont l'une des principales causes des inégalités de santé (25). Dans sa Commission sur les déterminants sociaux de la santé de 2005, l'Organisation Mondiale de la Santé recommandait d'améliorer les conditions de vie quotidienne et de lutter contre les inégalités de répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources (26).

21.2 La vulnérabilité ou l'incapacité à faire valoir ses droits

Les facteurs de vulnérabilité étaient marqués par leur caractère multidimensionnel et cumulatif ce qui invitait à faire la distinction : « la grande vulnérabilité », « les plus vulnérables », « les plus exclus ». « Les plus vulnérables » renonçaient à se soigner. Les difficultés matérielles d'ordre existentiel (logement, emploi, alimentation) contribuaient à reléguer la santé au second plan (27). Malgré plusieurs dispositifs visant l'accès à une protection sociale pour tous, un certain nombre de personnes en étaient exclues ou renonçaient à faire valoir leurs droits. Ce défaut de couverture résultait à la fois de dispositions législatives et réglementaires mais aussi d'un phénomène important lié au non recours aux droits (27). Beaucoup ignoraient les dispositifs existants ou d'autres ne parvenaient pas à faire aboutir leurs démarches. L'accès aux droits relevait du « parcours du combattant » pour ces personnes dans un système qui semblait ne pas avoir été conçu pour elles (27,28). De plus en plus de personnes renonçaient aux soins pour des raisons financières : 15% des personnes adultes de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois en 2008 (29). Les obstacles financiers étaient : l'absence de couverture complémentaire santé, les dépassements d'honoraires, le refus de pratiquer le tiers-payant, les forfaits et les franchises (30). Les personnes vulnérables renonçaient aussi aux soins par peur de la stigmatisation, peur des contrôles des administrations dans la lutte contre la fraude ou par refus de l'assistanat (27,28,31). Au-delà des difficultés d'accès aux soins liées à la désertification médicale, les personnes vulnérables étaient exposées au refus de soins de la part des professionnels de santé (27,28,30) : refus de soins vis-à-vis des personnes bénéficiaires de la CMUC ou de l'AME (30) et refus de soins vis-à-vis de groupes de population stigmatisés (patients psychiatriques, patients transsexuels, travailleuses du sexe). Dans son rapport « l'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité », la sénatrice de Seine-Saint-Denis, Aline Archimbaud, recommandait de « simplifier les démarches et les procédures d'obtention des aides » et d'« aller chercher les bénéficiaires ». Elle interpellait sur une nécessaire « évolution de la philosophie et de l'organisation du système de protection sociale » (27). En effet, il restait beaucoup de freins à lever et en premier lieu une nécessaire évolution des mentalités, « un changement du regard social » (32) en ayant à l'esprit que « c'est d'abord la société qui vulnérabilise les individus et

non l'inverse » (24). Aussi, il convenait de « ne pas se tromper de combat » et de mener « une lutte politique sur les causes » (inégalités sociales, déterminants sociaux de la santé) (24). Le soignant comme la société devaient développer l'empathie plutôt que le jugement à l'égard des personnes précaires. La sénatrice Aline Archimbaud souhaitait que le système de protection sociale évolue vers « un système proche des personnes, protecteur, bienveillant, accueillant et finalement plus conforme à la philosophie qui avait inspiré la création de la sécurité sociale » (27).

21.3 La notion de vulnérabilité invite à une évolution de la conception du soin

Le terme de vulnérabilité était décrit comme « actuel » et semblait plus adapté. Cette analyse est retrouvée par l'historienne Axelle Brodiez-Dolino qui a tenté de décrypter ce vocable dans notre société. Pour elle, « ce terme s'avère particulièrement congruent tant à la façon dont on tend aujourd'hui à penser la société qu'aux nouvelles orientations de l'action publique » (24). En effet, on peut considérer que chacun est potentiellement vulnérable (caractère universel et potentiel) et cette potentialité (ce risque) se concrétisera selon les capacités de la personne, ses conditions de vie (déterminants sociaux de la santé) et les ressources dont elle dispose (système de protection sociale, environnement, liens sociaux) (33). Aussi, les politiques publiques ont pris conscience de l'importance d'agir en amont (caractère réversible de la vulnérabilité) en développant la prévention. C'est le rôle de l'action sociale qui essaie d'« atténuer les faiblesses et [de] restaurer l'individu (vulnérable) dans ses capacités » (24). Dans le champ du soin, cela peut se traduire par l'importance d'agir sur les fragilités, « les fêlures », pour éviter les « blessures » (maladie, incapacité, perte d'autonomie, dépendance, hospitalisations, espérance de vie plus courte, inégalités de santé) ; et donc de développer les activités de prévention et de santé publique. Cela participe à une efficacité du système de santé, par une amélioration de l'état de santé de la population et une réduction des coûts.

22 Problématiques de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité : 3 axes de réflexion issus de la pratique de la Maison Dispersée de Santé

Il nous apparaît important de développer l'analyse selon trois axes de réflexion qui posent les problématiques et les enjeux de la prise en charge de la vulnérabilité en médecine générale dans le système de santé actuel : accompagner le désordre, être un lieu relié-reliant et apaiser la souffrance psychique ordinaire.

221 Accompagner le désordre

Accompagner le désordre c'était à la fois prendre en compte la complexité de la demande, c'est-à-dire prendre en compte l'ensemble des problématiques, « rassembler les plaintes ». C'était aussi considérer l'ensemble des obstacles à la réalisation du projet thérapeutique et proposer des « solutions » à ces freins.

« [La] demande était souvent un mélange de plainte fonctionnelle sur un état somatique précaire dans le cadre d'une situation sociale révélatrice de vulnérabilité » (34). Il fallait aussi prendre en compte le contexte culturel qui pouvait « brouiller l'expression de la plainte au regard de la connaissance médicale française » (34). La réponse ne pouvait être efficace si on ne prenait pas en compte la complexité de la demande. Il fallait avoir une vision globale de la personne, une vision « holistique », une approche systémique de la médecine.

La prise en charge devait être nécessairement adaptée à la singularité de la personne : tenir compte des éléments renforçant le projet thérapeutique (priorités, motivations, capacités du patient) mais aussi les freins et les contraintes, dans une approche phénoménologique du patient, c'est-à-dire s'intéressant à son vécu et à son expérience. Cette approche particulière traduisait l'éthique de ces soignants. Dans une démarche empathique et bienveillante, ils menaient une réflexion visant à décrypter la plainte en tenant compte de la situation sociale et en s'adaptant au contexte culturel (34). Ils avaient aussi conscience de l'enjeu de rendre le patient acteur de ses soins pour l'aboutissement du projet thérapeutique. Cette approche

rejoint le paradigme bio-psycho-social conçu par le médecin Georges Libman Engel qui démontre l'importance pour le soignant de tenir compte des effets stabilisants ou déstabilisants « des événements et des relations appartenant à l'environnement social du patient » (35,36). Cette approche globale du patient est aussi une des compétences du médecin généraliste (Annexe 2). La situation de vulnérabilité sociale, confrontée à l'adversité quotidienne et à l'insécurité sociale ne favorise pas la démarche de changement de comportement du patient dans une logique de santé préventive d'acteur de soins autonome. Une relation thérapeutique soignant-soigné de confiance engendrée par les contacts répétés et une approche centrée sur le patient peut cependant « être le catalyseur d'un changement de comportement si elle s'intègre à un projet de santé communautaire disposant de ressources adaptées » (38,39).

Dans la pratique et c'est un constat qu'a pu faire tout médecin dans son exercice, nous rencontrons de nombreux obstacles à la réalisation des soins : obstacles d'ordre social (les démarches de prévention ou de changement de comportement ne sont pas audibles pour des personnes qui sont dans l'urgence au quotidien), obstacles d'ordre éducatif (méconnaissance des règles de base de l'hygiène de vie), obstacles d'ordre culturel (par exemple certaines populations n'ont pas la culture de l'activité physique surtout pour les femmes).

La notion de vulnérabilité impliquait d'offrir une qualité du service de soins pour un accès à la santé. Les soignants de la MDS délivraient des soins de qualité, conformes aux recommandations. Cela impliquait des consultations longues parfois conjointes (avec un autre professionnel), la mise en place de protocoles, un logiciel informatique commun partagé entre les différents professionnels, des réunions hebdomadaires des professionnels de santé pour discuter des cas complexes, la mise en place d'ateliers d'éducation thérapeutique, une formation continue des professionnels. L'ensemble de ces démarches impliquait un travail en équipe, donc un exercice regroupé, au mieux pluri-professionnel afin de bénéficier de l'expertise de chacun, de réfléchir ensemble et de coordonner le projet thérapeutique autour du patient. Elle impliquait aussi un travail en coordination avec les acteurs locaux associatifs et du social et une forte implication dans les réseaux de soins et du social.

Un de leurs objectifs était que la personne puisse être dans les meilleures dispositions possibles pour aborder sa consultation et l'examen médical. Cela se traduisait par l'agencement des lieux comme l'organisation de la salle d'attente ou la disposition du cabinet. Une thèse de sociologie sur la prise en charge des patients précaires en médecine générale montrait que l'attention portée aux locaux impactait sur la capacité du patient à être dans de bonnes dispositions pour aborder la consultation et l'examen médical (40). L'exposition d'œuvres d'art dans la salle d'attente participait aussi à sortir la personne de son environnement vulnérabilisant. Améliorer l'accès à la santé, c'était permettre à la personne d'être dans les meilleures dispositions mais aussi adapter tout ce qu'il y avait « autour du soin » (qualité de l'accueil, disponibilité, accessibilité, amplitude des horaires d'accueil, consultations sans rendez-vous, tiers-payant), et permettre une simplification et une linéarisation du parcours de soin par une offre de soins large (IVG, addictologie, ...) et par des liens privilégiés avec les réseaux de soins et les structures sociales et associations locales.

222 Etre un lieu relié-reliant

Pour l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité, la Maison Dispersée de santé avait pour principe fondateur d'être un lieu relié-reliant.

La Maison Dispersée de Santé était tout d'abord reliée à son quartier par le fait qu'elle développait ses pratiques de soins en fonction des besoins de la population du quartier. Ils avaient développé des actions de santé publique et de prévention en réponse aux problématiques qu'ils rencontraient dans leur pratique. La prise en compte de la notion de vulnérabilité invitait en effet à développer les activités de prévention et de santé publique.

Elle était reliée à la population du quartier en ayant intégré des usagers au sein de l'association qui participaient à l'élaboration du projet de santé (des usagers individuels ayant une expertise dans le champ de la santé et le CISS Nord-Pas-de-

Calais faisaient partie de l'association). L'intégration des usagers pour l'élaboration du projet de santé permettait son orientation directe vers les besoins des usagers du quartier. D'autres initiatives dans ce domaine existent comme à Grenoble, au sein du Comité des usagers des centres de santé. C'est un espace de réflexion et d'échange autour de la santé au service des usagers et plus globalement des quartiers fragilisés (41). Au centre de santé du Franc-Moisin situé en Seine-Saint-Denis, par l'approche communautaire, les soignants intègrent les besoins et les modes de pensée de la communauté (34). Impliquer les usagers, c'est-à-dire des personnes du quartier, permet de faire passer le patient du statut de consommateur de soins au statut de partenaire actif, acteur de la santé d'un territoire (41). Rendre actif le patient dans ses soins constitue le troisième élément du modèle de prise en charge des maladies chroniques, le *chronic care model*. Plusieurs études ont montré que ce modèle était pertinent pour l'organisation de soins de prévention ainsi que la qualité des procédures et des résultats des soins délivrés aux patients atteints de pathologies chroniques (3).

La Maison Dispersée de Santé était aussi reliée à la population du quartier par la collaboration et l'intervention dans les dispositifs d'aide aux personnes existants sur le quartier (associations, structures sociales) en lien avec la santé : co-animation du Pôle Ressource Santé qui mène des actions d'éducation pour la santé, partenariat avec l'association l'Echappée qui accueille des femmes victimes de violences, collaboration avec le CHRS et intervention aux Lits Halte Soins Santé, membre du Collectif Santé-Trans Nord-Pas-de-Calais, travail conjoint avec la PMI, partenariats avec les associations RIFEN (Rencontre Internationale des Femmes Noires) Nord-Pas-de-Calais et SAFIA (Solidarité Aux Femmes d'Ici et d'Ailleurs) (9).

Pour la mise en œuvre du projet thérapeutique et la réalisation des soins, la Maison Dispersée de Santé était reliée à l'ensemble des associations et structures sociales pré-citées mais aussi avec l'hôpital (travail sur l'amélioration de la coopération Ville-Hôpital), les professionnels de santé extérieurs, des structures et associations d'aide (la CIMADE (Comité Inter Mouvements Auprès des Evacués), MSL (Médecin Solidarité Lille)), et de nombreux réseaux (Réseau Santé-Précarité, COREVIH, Réseau Ombrel Périnatalité, Réseau Lille-addiction, etc). Les réseaux entretenaient une dynamique de formation continue des professionnels de la Maison

Dispersée de Santé et participaient à la qualité des soins. La Maison Dispersée de Santé était aussi en lien avec les facultés de médecine de Lille pour la formation des jeunes professionnels de santé (9).

La Maison Dispersée de Santé était un lieu reliant. La prise en compte de la notion de vulnérabilité invitait à agir avec la volonté de maintenir un « vivre-ensemble ».

L'isolement social, c'est-à-dire la réduction des liens sociaux, invitait à considérer les notions de « précarité relationnelle » et de « vulnérabilité relationnelle ». « Remettre en lien », reconquérir le lien social pour maintenir la personne dans la société, dans un « vivre ensemble », était un des moyens d'aider à sortir la personne de cet état de vulnérabilité. C'était la responsabilité des politiques d'action sociale menées par l'Etat et les collectivités territoriales. Cela devenait aussi la mission de soignants engagés dans la prise en charge des personnes fragiles. De façon isolée à l'échelon national, des maisons de santé et des centres de santé avaient mis en place des actions innovantes. Ces structures avaient pris conscience qu'elles devaient proposer des solutions sociales. Cela se traduisait d'une part par un accompagnement social individuel et d'autre part par des actions collectives pour reconquérir le lien social.

Dans leurs pratiques de soins, les soignants avaient nécessairement intégré les déterminants sociaux de santé car ils avaient fait le constat qu'ils ne pouvaient proposer de solution médicale sans une solution sociale. A la Maison Dispersée de Santé comme au centre de santé du Franc-Moisin, les soignants avaient développé un accompagnement social. A la Maison Dispersée de Santé, les accueillantes accompagnaient les personnes en difficulté afin qu'elles puissent accéder à des conditions matérielles de base. Au centre de santé du Franc-Moisin, une solution avait été trouvée par l'approche communautaire. Des personnes-ressources de la cité, devenues des médiatrices en santé avaient été formées à l'accompagnement social et travaillaient en collaboration avec les soignants (34).

La Maison Dispersée de Santé mettait en relation des personnes de milieux sociaux différents en favorisant la mixité sociale au sein de sa patientèle et par le développement d'actions collectives sur des thématiques transversales mêlant à la fois professionnels de santé et acteurs associatifs et sociaux du quartier (éducation thérapeutique, parentalité). Dans leur pratique quotidienne, ils avaient conscience de l'importance de l'entourage socio-familial, des formes de vie collective au sein de la communauté et de leurs interrelations avec l'évolution de la maladie et le bien-être de la personne (35). Cet axe a été particulièrement développé par le centre de santé du Franc-Moisin, qui après une réflexion conceptuelle sur ce que devait être l'exercice de la médecine en milieu populaire, avait mis en place une approche de santé communautaire (34). Pour Didier Ménard, médecin et fondateur du centre de santé du Franc-Moisin, « la santé communautaire [était] un moyen efficace pour produire, dans un objectif de promotion de la santé, une action collective, renouant le lien social » (34).

D'être un lieu relié permettait aussi à la Maison Dispersée de Santé de mettre en relation les patients avec les structures sociales et associatives locales mais aussi avec les professionnels de santé travaillant au sein des réseaux de santé avec lesquels ils étaient partenaires. Comme dit précédemment, cela facilitait les prises en charge tant médicales que sociales par la simplification des parcours de soins et d'aide. Mettre en relation le patient avec les ressources extérieures est le deuxième élément du modèle de prise en charge des maladies chroniques, le *chronic care model* (3).

A la Maison Dispersée de Santé comme au centre de santé du Franc-Moisin, les professionnels de santé avaient pris conscience de l'importance d'être un lieu relié-reliant pour l'accompagnement des personnes en situation de vulnérabilité.

223 La souffrance psychique ordinaire : des besoins importants, une morbidité et une offre de soins inexistante

Les professionnels de santé de la MDS étaient démunis pour la prise en charge de la souffrance psychique ordinaire, la souffrance psychique du fait d'événements de vie plus ou moins traumatiques (maladie, perte, deuil, divorce mais aussi

expérience du conflit armé, voyage périlleux des migrants) mais qui ne relevaient pas de la psychiatrie. Le système de soins n'offrant pas de remboursement des actes effectués par les psychologues libéraux et les CMP étant surchargés, les médecins généralistes essayaient de répondre à la demande par de la psychothérapie lors de leur consultation. Pour autant, ils n'y étaient pas tous formés ; une psychothérapie impliquait une consultation longue sans augmentation de la rémunération en conséquence et la mission relevait davantage du psychologue que du médecin.

Les patients précaires n'avaient pas accès à des soins leur permettant de soulager leur souffrance psychique. Du fait de cette fragilité psychique surajoutée à leur situation sociale précaire, ils risquaient d'être plus exposés à la maladie psychiatrique (dépression, psychoses chroniques, suicide) mais aussi au stress, aux troubles du sommeil, aux maladies cardio-vasculaires, à la morbidité liée à une surconsommation de médicaments psychotropes, aux conduites à risque et addictions, à l'isolement social, etc. La Maison Dispersée de Santé a monté un projet sur cette thématique. Les recherches de subventions ont jusqu'ici échoué.

23 La prise en compte de la notion de vulnérabilité invitait à une évolution de l'organisation du système de santé pour une nécessaire évolution des pratiques en soins primaires

A l'heure où les inégalités sociales de santé augmentent, où le nombre de patients souffrant de maladies chroniques explose, et avec le vieillissement de la population, les experts appellent la médecine générale à développer des solutions : attention particulière aux plus précaires, exercice regroupé, soins de qualité, éducation thérapeutique, consultations plus longues, protocoles de soins, logiciel informatique commun et partagé, formation culturelle des professionnels de santé, autonomisation du patient, etc. (3,40).

La conception de la santé des professionnels de santé de la Maison Dispersée de Santé nous semble être celle-ci : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie

ou d'infirmité » (définition de la santé de l'OMS). Leurs pratiques de soins ainsi que leur projet de santé découlaient de cette conception. Pourtant, le système de santé n'offre pas de possibilités suffisantes aux professionnels de santé d'exercer dans la lignée de cette définition.

Les soignants engagés dans la prise en charge des patients vulnérables ont fait le constat qu'il était nécessaire de développer des soins de qualité dans une approche globale et singulière du patient tenant compte du contexte social, culturel, communautaire et en encourageant l'autonomie du patient. La Maison Dispersée de Santé comme le centre de santé du Franc-Moisin ainsi que d'autres structures d'exercice regroupé en France ont développé des projets de santé innovants. Ces projets de santé développent des outils pour la prise en charge de la complexité de la demande et des situations (accompagnement du désordre), en réponse aux besoins de santé d'une population (exemple de l'action « apaiser la souffrance psychique ordinaire »), et des actions collectives visant à reconstruire le lien social (lieu relié-reliant) dans une optique de promotion de la santé.

Pourtant, dans le système de santé actuel, avec le mode de financement des médecins généralistes libéraux centré sur la consultation (paiement à l'acte) à 93%, les médecins généralistes ne sont pas suffisamment encouragés à développer la prévention ou des actions de santé publique (42). De plus, en l'absence de référentiel explicite, ils se demandent quels publics sont visés et pour quelle prise en charge spécifique (40). La création des Nouveaux Modes de Rémunération (loi de financement de la sécurité sociale de 2008) pour les structures d'exercice regroupé (maisons de santé, pôles de santé, centres de santé) ouvre des possibilités de rémunérer le temps de coordination au sein de la structure, et de financer des ateliers d'éducation thérapeutique. Néanmoins, ces nouveaux modes de rémunération restent cloisonnés aux ateliers d'éducation thérapeutique sans proposer de rémunération pour l'ensemble des activités de santé publique.

La Maison Dispersée de Santé comme le centre de santé du Franc-Moisin ainsi que quelques autres structures en France sont des exemples innovants de ce qui peut être fait en médecine générale libérale. Ces structures résultent du dévouement d'hommes et de femmes engagés dans une éthique et une idéologie du soin. Ils y

parviennent au prix d'un investissement important : recherche constante de subventions pour réaliser des actions de santé publique, logistique des différentes actions, réunions avec les différents partenaires (réseaux, associations, structures médico-sociales). Tout cela représente autant de temps et d'énergie qui ne sont pas ou peu rémunérés à l'heure actuelle. Ces structures sont par ailleurs dans une précarité constante dans le financement de leurs actions et leur pérennité n'est pas assurée (34).

Les professionnels de santé ne sont pas suffisamment encouragés dans cette voie qui pourtant semble être celle qu'il convient de suivre si l'on veut permettre un accès à la santé pour les plus vulnérables. Il faudrait développer d'autres structures similaires. Cependant, on ne peut pas imaginer leur développement sans une évolution de la rémunération et de l'organisation des soins primaires.

CONCLUSION

La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité implique une approche holistique du patient considérant ses dimensions biologique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, et de développer des actions collectives visant la promotion de la santé et permettant la reconquête du lien social au sein de la communauté. La Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins est un exemple innovant de structure d'exercice pluriprofessionnel en soins primaires répondant aux besoins des personnes en situation de vulnérabilité. Dans cette lignée, d'autres structures devraient être encouragées à se développer. Cependant, une évolution des soins primaires ne pourra se faire sans une évolution de la philosophie et de l'organisation de notre système de protection sociale émanant d'une volonté politique forte à la fois de l'Etat et des collectivités territoriales dans leur soutien aux initiatives locales.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Chatelard S. Médecine, inégalités : un rôle à jouer. *Prat Cah Médecine Utop.* 2012;57:78,79.
2. Cambois E, Robine J. Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans. *Bull Epidémiologique Hebd.* 2011;(8-9):82-6.
3. Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? In: Réduire les inégalités de santé [Internet]. INPES. Saint-Denis; 2010 [cité 3 mai 2016]. p. 195-208. (Santé en action). Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
4. Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. *Insee Prem* [Internet]. 2016 [cité 3 août 2016]; Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1584/ip1584.pdf>
5. Cambois E, Laborde C, Robine JM. La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte. *Popul Sociétés Bull Mens Inf Inst Natl Détudes Démographiques Ined* [Internet]. 2008 [cité 3 août 2016];441. Disponible sur: <http://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/la-double-peine-des-ouvriers-plus-d-annees-d-incapacite-au-sein-d-une-vie-plus-courte/>
6. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health. The solid facts. Second edition [Internet]. World Health Organization; 2004 [cité 12 juill 2016] p. 40. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/social-determinants-of-health.-the-solid-facts>
7. Ménard D. La santé, une affaire collective. *Prat Cah Médecine Utop.* 2012;57:80-1.
8. Mousquès J, Daniel F. L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. *Quest Déconomie Santé Irdes.* 2015;211:1-5.
9. Maison Dispersée de Santé, Guilloux, Ray. *Projet de santé de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins.* 2015.
10. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Qu'est-ce qu'une Maison et un Pôle de santé ? [Internet]. 2013 [cité 31 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/definitions/quest-ce-quune-maison-de-sante-et-un-pole-de-sante>
11. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Population - Base chiffres clés : évolution et structure de la population 2012 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-evol-struct-pop-2012

12. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Population - Base de données infracommunales : population en 2012 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=infra-population-12
13. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Population - Base de tableaux détaillés : nationalité et immigration en 2012 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=td-nationalite-12
14. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Base chiffres clés : couples - familles - ménages 2012 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-couples-familles-menages-2012
15. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Conditions de vie-Société - Bénéficiaires des prestations légales versées par les CAF au 31/12/2014 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=prestation-legale-CAF
16. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Bases de données - Revenus - Niveaux de vie - Patrimoine [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/default.asp?page=statistiques-locales/revenu-niveau-vie.htm>
17. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Revenus-Salaires - Structure et distribution des revenus des ménages en 2012 (IRIS) - Revenus, pauvreté et niveau de vie en 2012 (IRIS) [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=infra
18. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Conditions de vie-Société - Bénéficiaires des prestations légales versées par les CAF au 31/12/2014 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=prestation-legale-CAF
19. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2015 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=couverture-maladie-CNAM
20. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Insee - Travail-Emploi - Base chiffres clés : emploi - population active 2012 - Base chiffres clés : emploi - population active 2012 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-emploi-pop-active-2012
21. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Insee - Travail-Emploi - Base chiffres clés : caractéristiques de l'emploi 2012 - Base chiffres clés : caractéristiques de l'emploi 2012 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-caract-emploi-2012

22. Insee Institut national de la statistique et des études économiques. Insee - Travail-Emploi - Base de données infracommunales : activité des résidents en 2012 - Base de données infracommunales : activité des résidents en 2012 [Internet]. [cité 16 sept 2016]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=infra-activite-resident-12
23. Castel R. L'insécurité sociale - conférence-débat. 2005 [cité 8 sept 2016]; Disponible sur: <http://lalibertedelesprit.org/spip.php?article37>
24. Brodiez-Dolino A. Le concept de vulnérabilité. Vie Idées [Internet]. 2016 [cité 20 févr 2016]; Disponible sur: <http://www.laviedesidees.fr/Le-concept-de-vulnerabilite.html>
25. Organisation Mondiale de la Santé. Déterminants sociaux de la santé [Internet]. WHO. [cité 10 sept 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/social_determinants/fr/
26. Organisation Mondiale de la Santé. Commission des déterminants sociaux - 2005-2008 [Internet]. WHO. [cité 10 sept 2016]. Disponible sur: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/fr/
27. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité [Internet]. 2013 [cité 23 mai 2016]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Acces_aux_soins_des_plus_demunis_Archimbaud_2013.pdf
28. Allermoz E, Drault C. Accès aux soins et précarité, la situation se dégrade. Médecins - Mag Ordre Médecins. 2014;(35).
29. Desprès C, Dourgnon P. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Quest Déconomie Santé - Inst Rech Déconomie Santé [Internet]. 2011 [cité 10 sept 2016];(170). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
30. Denantes M, Chevillard M. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. Exercer. 2009;20(85):22-6.
31. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Le renoncement aux soins pour raisons financières - analyse socio-anthropologique [Internet]. 2012 [cité 10 sept 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/le-renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres>
32. Chaillou A, Sarrot J-C. En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté. Editions Quart Monde / Editions de l'Atelier. 2014. 192 p.
33. Soulet M-H. Reconsidérer la vulnérabilité. Empan. 1 mars 2006;no 60(4):24-9.
34. Géry Y. Centre de santé du Franc-Moisin : « Un mariage entre l'action sociale et la pratique du soin » - Entretien avec Didier Ménard. Santé En Action - Rev INPES [Internet]. 2014 [cité 23 mai 2016];Territoires fragilisés : quelles stratégies pour la santé des populations?(428). Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/sommaires/428.asp>

35. Vannotti M, Celis-Gennart M. Modèle bio-psycho-social et maladie chronique la dimension communautaire de la médecine. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2000 [cité 6 mai 2016];(2320). Disponible sur: <http://www.revmed.ch/rms/2000/RMS-2320/20882>
36. Siksou M. Georges Libman Engel (1913-1999). J Psychol. 1 déc 2010; (260):52-5.
37. WONCA Europe (Société Européenne de médecine générale - médecine de famille). La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002.
38. Moreau A. Recherche en soins primaires et approche globale biopsychosociale. Exercer. 2015;26(118(suppl1)):3.
39. Bardoux A, Serani S, Berckhout C. Le subjectif à l'épreuve du collectif : « je vous aime ». Exercer. 2016;27(126):183-7.
40. De Pauw C. Prise en charge des personnes précaires en médecine générale : un levier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ? [Internet]. Lille 1; 2012. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2012LIL12014>
41. Réseau français des Villes-Santé de l'OMS. Extraits du colloque « De la gouvernance à la mise en oeuvre des soins de santé primaire : place et rôle des villes » [Internet]. 2013 ; Grenoble. Disponible sur: <http://www.villes-sante.com/supports-de-communication-des-villes-sante/>
42. Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé. Expérience des NMR (Nouveaux Modes de Rémunération) [Internet]. 2013 [cité 12 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.ffmps.fr/index.php/experience-des-nouveaux-modes-de-remuneration>

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

- La notion de vulnérabilité et les personnes en situation de vulnérabilité

Qu 'évoque pour vous le mot vulnérabilité ?

Dans le cadre de votre travail à la Maison Dispersée de Santé vous êtes peut-être amené à rencontrer des personnes en situation de vulnérabilité.

Pour vous qui sont-elles ? Comment les repérez-vous ?

Quelles peuvent être pour vous les différentes formes de vulnérabilité ?

Pensez-vous à d'autres formes de vulnérabilité ?

- La prise en charge de la vulnérabilité par le soignant

En quoi est-ce important pour vous de repérer ces facteurs de vulnérabilité ?

En tant que soignant, peut-on tenter de réduire des facteurs de vulnérabilité ?

Prenez-vous en charge cette vulnérabilité à la MDS ? Comment ?

En quoi cela change t-il votre pratique de vous y intéresser ?

Relance 1 : Dans votre pratique quels « plus » avez-vous dû mettre en place pour accueillir ces hommes et ces femmes ?

Relance 2 : Y a t-il des manques, des projets que vous souhaiteriez mettre en place?

Pensez-vous qu'il faille s'organiser, développer des outils pour prendre en charge ces patients ?

Et pour vous-même : avez-vous dû développer certaines ressources ?

Les actions collectives, (ETP, ateliers...) pourquoi est-ce important ?

- Les besoins de la population accueillie et son ressenti

Comment décririez-vous le quartier dans lequel est située la MDS ?

Les caractéristiques du quartier ont-elles influencé votre décision de vous installer ?

Ici vous accueillez des personnes en situation de précarité, ou en situation d'exclusion, ou ayant des difficultés d'accès aux soins. Pourquoi à votre avis ?

Qu'est-ce qui fait que ?

Les personnes vulnérables accueillies ici ont-elles des besoins particuliers ?

Comment ont-ils été identifiés ?

Comment y répondez-vous au sein de la Maison Dispersée de Santé ? Avez-vous dû développer certaines compétences ?

D'après vous, que pensent les patients de la prise en charge ici ?

Pensez-vous que la MDS propose une réponse satisfaisante aux personnes en situation de vulnérabilité ?

- Prise en charge de la vulnérabilité au-delà de la consultation : système de santé, politique de santé, action sociale, politique de prévention

Beaucoup de projets de la MDS ont trait à la prévention, à la prise en charge de la personne dans sa globalité, s'intéressent à l'environnement social des patients, à votre avis pourquoi est-ce important ? Comment y participez-vous ?

Est-ce compliqué, dans le système de soins primaires actuel, de mener à bien ces projets ?

Selon vous, des adaptations institutionnelles ou des modifications de la politique de santé seraient-elles nécessaires pour permettre d'améliorer la prise en charge des personnes vulnérables en soins primaires ?

- Communication sur les actions menées et transférabilité du projet de santé

Est-ce que vous communiquez / transmettez votre savoir-faire, de ce qui se fait ici à la MDS ? Comment ? Formation / Communication / actions à l'extérieur de la MDS

La MDS est-elle impliquée dans le développement d'autres maisons médicales avec les mêmes dynamiques / projets ?

- Difficultés rencontrées par le soignant dans sa pratique

Vous sentez-vous parfois en difficulté, en souffrance ? Comment la gérez-vous ?

Annexe 2 : La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille

WONCA Europe (Société européenne de la médecine générale-médecine de famille)

Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients.

**Annexe 3 : CD contenant les enregistrements, les retranscriptions
des entretiens et l'arbre de codage**

AUTEUR : Nom : DESBONNET

Prénom : Florence

Date de Soutenance : 10 octobre 2016

Titre de la Thèse : La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité en médecine générale : recherche issue de la pratique de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins

Thèse - Médecine - Lille 2016

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de médecine générale

Mots-clés : vulnérabilité, précarité, soins primaires, maison de santé, médecine générale, pratiques professionnelles

Résumé :

Contexte : La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité est complexe à mettre en œuvre dans la pratique du médecin généraliste. L'objectif de l'étude était de décrire les pratiques professionnelles mises en place dans une structure d'exercice pluriprofessionnel de soins de premier recours afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité.

Méthode : Analyse qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-structurés des professionnels de santé de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins.

Résultats : Les professionnels de santé de la Maison Dispersée de Santé de Lille-Moulins étaient engagés dans la prise en charge des patients vulnérables. Ils pratiquaient des soins de qualité dans une approche globale et singulière du patient tenant compte du contexte social, culturel, communautaire et en encourageant son autonomie. Leur projet de santé développait des outils pour permettre un accès aux soins pour tous et la prise en charge de la complexité de la demande et des situations. Leur travail était coordonné entre les différents professionnels de santé ainsi qu'avec les réseaux et les partenaires associatifs et du social. Ils répondaient aux besoins de santé de la population du quartier et menaient des actions collectives visant à reconstruire le lien social dans une optique de promotion de la santé. L'exemplarité de leur projet sous-tendait un investissement important à l'heure où la rémunération des médecins reste majoritairement basée sur l'acte de consultation.

Conclusion : La prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité nécessite une adaptation et une évolution des pratiques en soins primaires. La Maison Dispersée de Santé est un exemple innovant pour la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. Une amélioration de la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité en médecine générale implique une évolution de la rémunération et de l'organisation des soins primaires, qui ne pourra se faire sans une évolution du système de protection sociale ainsi qu'une volonté politique forte.

Composition du Jury :

Président : Pr François Puisieux

Assesseurs : Pr Jean-Marc Lefebvre, Dr Nassir Messaadi, Dr Bertrand Riff