

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Année 2012

**« La santé des personnes en situation de précarité :
une co-formation fournit-elle des apports théoriques
nouveaux par rapport aux données de la littérature ? »**

Thèse présentée pour l'obtention du
DOCTORAT en MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

BELLOLI Delphine

Née le 04/03/1986 à Aix-les-Bains (73)

Thèse soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Grenoble le
29/10/2012

Devant le jury composé de :

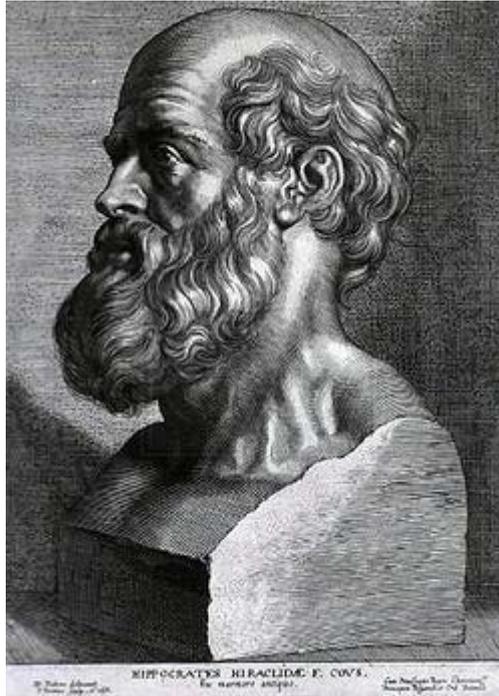
M. le Professeur BOUGEROL Thierry, Président du Jury

Mme le Professeur CARPENTIER Françoise

M. le Professeur IMBERT Patrick

M. le Docteur PAYSANT François

M. le Docteur GALES Briec



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

LISTE PU-PH et MCUPH :

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	DISCIPLINE
ALBALADEJO	Pierre	ANESTHESIE – REANIMATIONS
ARVIEUX BARTHELEMY	Catherine	CLINIQUE DE CHIRURGIE ET DE L'URGENCE
BACONNIER	Pierre	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE SANTE PUBLIQUE
BAGUET	Jean-Philippe	CARDIOLOGIE / HYPERTENSION ARTERIELLE
BALOSSO	Jacques	RADIOTHERAPIE CANCEROLOGIE
BARRET	Luc	MEDECINE LEGALE
BAUDAIN	Philippe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEANI	Jean-Claude	DERMATOLOGIE-VENERELOGIE
BENHAMOU	Pierre Yves	ENDOCRINO DIABETO
BERGER	François	CANCEROLOGIE
BLIN	Dominique	CHIRURGIE CARDIAQUE
BOLLA	Michel	CANCEROLOGIE
BONAZ	Bruno	HEPATO-GASTRO- ENTEROLOGIE
BOSSON	Jean-Luc	SANTE PUBLIQUE
BOUGEROL	Thierry	PSYCHIATRIE
BRAMBILLA	Elisabeth	ANATOMIE & CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
BRAMBILLA	Christian	PNEUMOLOGIE
BRICHON	Pierre-Yves	CHIRURGIE VASCULAIRE ET

BRIX	Muriel	THORACIQUE CHIR. MAXILLO-FACIALE
CAHN	Jean-Yves	CANCEROLOGIE
CARPENTIER	Patrick	MEDECINE VASCULAIRE
CARPENTIER	Françoise	SAMU
CESBRON	Jean-Yves	IMMUNOLOGIE
CHABARDES	Stephan	NEUROCHIRURGIE
CHABRE	Olivier	ENDOCRINOLOGIE
CHAFFANJON	Philippe	CHIRURGIE THORACIQUE, VASCULAIRE ET ENDOCRINIENNE
CHAVANON	Olivier	CHIRURGIE CARDIAQUE
CHIQUET	Christophe	OPHTALMOLOGIE
CHIROSEL	Jean-Paul	ANATOMIE
CINQUIN	Philippe	SANTE PUBLIQUE
COHEN	Olivier	DELEGATION - HC FORUM (création entreprise)
COUTURIER	Pascal	GERIATRIE
CRACOWSKI	Jean-Luc	PHARMACOLOGIE
DE GAUDEMARIS	Régis	MEDECINE & SANTE DU TRAVAIL
DEBILLON	Thierry	PEDIATRIE
DEMATTEIS	Maurice	Médecine légale et d'Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	SANTE PUBLIQUE
DESCOTES	Jean-Luc	UROLOGIE
ESTEVE	François	Dir. Equipe 6 U836 - ID17 /ESRF Grenoble Institut des Neurosciences
FAGRET	Daniel	MEDECINE NUCLEAIRE
FAUCHERON	Jean-Luc	CHIRURGIE DIGESTIVE ET DE L'URGENCE

FAVROT	Marie-Christine	BIOLOGIE INTEGREE / CANCEROLOGIE
FERRETTI	Gilbert	RADIOLOGIE & IMAGERIE MEDICALE
FEUERSTEIN	Claude	GIN
FONTAINE	Eric	CLINIQUE NUTRITION ARTIFICIELLE POLE 7 MED. AIGÛE & COMMUNAUTAIRE
FRANCOIS	Patrice	VEILLE SANITAIRE SANTE PUBLIQUE
GARNIER	Philippe	PEDIATRIE
GAUDIN	Philippe	RHUMATOLOGIE
GAY	Emmanuel	NEUROCHIRURGIE
GRIFFET	Jacques	CHIRURGIE INFANTILE
HALIMI	Serge	DIABETOLOGIE
HOMMEL	Marc	NEUROLOGIE
JOUK	Pierre-Simon	GENETIQUE ET PROCREATION
JUVIN	Robert	RHUMATOLOGIE
KAHANE	Philippe	NEUROLOGIE
KRACK	Paul	NEUROLOGIE
KRAINIK	Alexandre	NEURORADIOLOGIE & IRM
LANTUEJOUL	Sylvie	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LE BAS	Jean-François	NEURORADIOLOGIE & IRM
LEBEAU	Jacques	CHIR. MAXILLO-FACIALE
LECCIA	Marie-Thérèse	DERMATOLOGIE
LEROUX	Dominique	BIOLOGIE ET PATHOLOGIE DE LA CELLULE
LEROY	Vincent	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE

LETOUBLON	Christian	CHIRURGIE DIGESTIVE & URGENCE
LEVY	Patrick	PHYSIOLOGIE
LUNARDI	Joël	BIOCHIMIE
MACHECOURT	Jacques	CARDIOLOGIE
MAGNE	Jean-Luc	CHIRURGIE VASCULAIRE & THORACIQUE
MAITRE	Anne	Médecine du travail EPSP/DPT DE BIOLOGIE INTEGREE
MASSOT	Christian	MEDECINE INTERNE
MAURIN	Max	DEPARTEMENT DES AGENTS INFECTIEUX / BACTERIOLOGIE
MERLOZ	Philippe	ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE
MORAND	Patrice	VIROLOGIE
MORO-SIBILOT	Denis	PNEUMOLOGIE
MOUSSEAU	Mireille	ONCOLOGIE MEDICALE
MOUTET	François	CHIR. PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE
PASSAGIA	Jean-Guy	NEUROCHIRURGIE
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	ANESTHESIE-REANIMATION
PELLOUX	Hervé	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
PEPIN	Jean-Louis	PHYSIOLOGIE SOMMEIL
PERENNOU	Dominique	REEDUCATION & PHYSIOLOGIE
PERNOD	Gilles	MEDECINE VASCULAIRE-
PIOLAT	Christian	CHIRURGIE INFANTILE
PISON	Christophe	PNEUMOLOGIE

PLANTAZ	Dominique	PEDIATRIE
POLLAK	Pierre	NEUROLOGIE
PONS	Jean-Claude	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
RAMBEAUD	J Jacques	UROLOGIE
REYT	Emile	O.R.L.
RIGHINI	Christian	O.R.L.
ROMANET	J. Paul	OPHTALMOLOGIQUE
SARAGAGLIA	Dominique	ORTHOPEDIE
SCHLATTNER	Uwe	UFR de BIOLOGIE
SCHMERBER	Sébastien	O.R.L.
SEIGNEURIN	Daniel	ANATOMIE & CYTOLOGIE
SELE	Bernard	GENETIQUE & PROCREATION
SESSA	Carmine	CHIRURGIE THORACIQUE VASCULAIRE
STAHL	Jean-Paul	INFECTIOLOGIE
TIMSIT	Jean-François	REANIMATION MEDICALE
TONETTI	Jérôme	ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE
TOUSSAINT	Bertrand	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
VANZETTO	Gérald	CARDIOLOGIE
VUILLEZ	Jean-Philippe	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
ZAOUI	Philippe	NEPHROLOGIE
ZARSKI	Jean-Pierre	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

NOM	PRENOM	LOCALISATION HOSPITALIERE	ADRESSE 1
BOTTARI	Serge	Biologie Cellulaire	Laboratoire de bioénergétique INSERM U884
BOUTONNAT	Jean	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14 Biologie	Département de Biologie et Pathologie de la Cellule - Pôle 14: Biologie
BRENIER-PINCHART	M.Pierre	Parasitologie	Département des agents infectieux Parasitologie Mycologie Pôle 14: Biologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale	Clinique de radiologie et Pôle imagerie médicale 13: Imagerie
BRIOT	Raphaël	Départ. de Cancérologie et d'Hématologie	Pôle Urgence SAMU
CALLANAN-WILSON	Mary	Génétique	Génétique IAB
CROIZE	Jacques	Bactériologie-Virologie	Département des agents infectieux Microbiovigilance Pôle 14: Biologie
DERANSART	Colin	Neurologie LAPSEN	GIN Equipe 9
DETANTE	Olivier	Cancérologie et hématologie - Pôle 5 : Cancérologie	Clinique de Neurologie
DUMESTRE-PERARD	Chantal	Immunologies SUD	Immunologie Bât. J. Roger
EYSSERIC	Hélène	Médecine Légale	Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine

FAURE	Anne-Karen	Département de génétique et procréation	Biologie de la procréation / CECOS. Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
FAURE	Julien		Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
GARBAN	Frédéric	Unité Clinique thérapie cellulaire - Pôle 5 : Cancérologie	Unité clinique thérapie cellulaire Pôle 5 : Cancérologie
GAVAZZI	Gaëtan	Médecine interne gériatrique - Pôle 8 : pôle pluridisciplinaire de Médecine	Clinique médecine interne gériatrique Pôle 8 : Pôle pluridisciplinaire de Médecine
GILLOIS	Pierre	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC
GRAND	Sylvie	Radiologie et Imagerie Médicale (I.R.M.)	Clinique de Radiologie et Imagerie Médicale Pôle 13 : Imagerie
HENNEBICQ	Sylviane	Biologie du développement et de la reproduction	Biologie de la procréation / CECOS Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
HOFFMANN	Pascale	Gynécologie Obstétrique	Clinique Universitaire Gynécologie Obstétrique Pôle 9: Couple/enfant
JACQUOT	Claude	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale	Clinique d'Anesthésie Pôle 2 : Anesthésie – Réanimations
LABARERE	José	Dpt de veille sanitaire	Département de veille sanitaire Pôle 17 : Santé Publique
LAPORTE	François	Pathologie Cellulaire- Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Pôle 14: Biologie

LARDY	Bernard	Laboratoire d'enzymologie - 6 ème étage	Département de biologie et pathologie de la cellule Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
LARRAT	Sylvie	Biochimie et Biologie Moléculaire	Département des agents infectieux Pôle 14: Biologie
LAUNOIS- ROLLINAT	Sandrine	Lab. explor. fonct. cardio- respiratoires	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. cardiorespiratoires Pôle 12 : Rééducation Et physiologie
MALLARET	Marie- Reine	Epidémiologie, économie de la Santé (Mal. Inf.)	Unité d'Hygiène Hospitalière Pavillon E
MAUBON	Danièle	Département des agents Infectieux Parasitologie- Mycologie	Département des agents infectieux Parasitologie- Mycologie
MOREAU- GAUDRY	Alexandre		Département d'innovation technologiques Pôle 17 Santé Publique
MOUCHET	Patrick	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice Lab. explor. fonct. Cardiorespiratoires. Pôle 12 : Rééducation et physiologie
PACLET	Marie- Hélène	Biochimie et Biologie moléculaire	Département de biologie et pathologie de la cellule - Laboratoire d'Enzymologie Pôle 14: Biologie
PALOMBI	Olivier	Clinique de Neurochirurgie	Clinique de neurochirurgie Pôle 3 : Tête et cou et chirurgie réparatrice
PASQUIER	Dominique	UM Ana. Path. 4 – Pôle 14 : Biologie	Département d'anatomie et cytologie pathologiques Pôle 14 : Biologie
PELLETIER	Laurent	Biologie Cellulaire	Centre d'innovation biologique

PAYSANT	François		Clinique de Médecine Légale Pôle 8: Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
RAY	Pierre	Génétique.BDR	Biologie de la reproduction Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
RENVERSEZ J.Charles		Biochimie et Biologie Moléculaire - Pôle 14 Biologie	Département de biologie intégrée Biochimie et Biologie Moléculaire Pôle 14 : Biologie
RIALLE	Vincent	Information et informatique Médicale	Laboratoire TIMC
SATRE	Véronique	Génétique Chromosomique	Génétique chromosomique Département génétique et procréation Pôle 9: Couple/enfant
STANKE- LABESQUE	Françoise	Laboratoire de Pharmacologie	Laboratoire de Pharmacologie
STASIA	Marie- Josée	UM diagnostic & Recherche granulomatose septique - Pôle 14 Biologie	Département de biologie et pathologie de la cellule Pôle 14: Biologie
TAMISIER	Renaud	Physiologie	Clinique de Physiologie sommeil et exercice. Lab. explor. fonct. Cardiorespiratoires Pôle 12 : Rééducation et physiologie
WEIL	Georges	Biostatistiques et Informatique Médicales	Biostatistiques et Informatique Médicale Pôle 17 Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Thierry Bougerol, Président du jury,

Pour l'honneur que vous me faites de présider cette thèse. Je vous exprime mes sincères remerciements et mon respect.

A Monsieur le Docteur Briec Gales, directeur de thèse,

Pour m'avoir proposé ce sujet de thèse, et ainsi permis de participer à la co-formation « Santé et Précarité », pour m'avoir permis d'approfondir mes connaissances dans le domaine des soins et de la précarité, pour m'avoir épaulé tout au long de ce travail, toujours dans la bonne humeur.

Aux membres du jury,

A Madame le Professeur Françoise Carpentier,

Pour avoir accepté de juger ce travail, pour votre investissement dans la formation en médecine d'urgence.

A Monsieur le Professeur Patrick Imbert,

Pour vos conseils à l'initiation de ce travail, votre intérêt pour les études qualitatives, le partage de vos connaissances sur ce sujet, et votre intérêt pour la méthode de co-formation.

A Monsieur le Docteur François Paysant,

Pour avoir cordialement accepté de participer à ce jury. Pour l'intérêt que vous avez porté à cette thématique originale.

A ceux sans qui cette co-formation n'aurait pas eu lieu,

A Monsieur le Docteur Bruno De Goer,

Pour son engagement auprès des populations en situation de précarité, et pour son aide à la réalisation de ce travail.

A l'association REVIH-STs,

Pour avoir permis la réalisation de la co-formation « Santé et Précarité ».

A l'association Secours Catholique,

Pour sa participation à la co-formation, son expérience apportée.

A tous les participants de la co-formation, professionnels et militants,

Pour ces 3 jours enrichissants d'un point de vue humain et professionnel, et sans qui ce travail n'aurait pu avoir lieu.

Merci à tous ceux qui ont fait que je me trouve aujourd'hui à soutenir ma thèse de médecine, et qui ont participé à mon accomplissement, au niveau personnel et/ou professionnel...

A l'équipe de SMUR d'Annecy où je finis mon internat, avec des collègues sympas, compétents, et motivés, qui me font découvrir une nouvelle branche de la médecine d'Urgence et l'apprécier...

A l'équipe de Réanimation de Mayotte, à tous mes chefs là-bas : Philippe, François, Thomas, Maud, Karine, Renaud, Laszlo... et toute l'équipe paramédicale. Avec eux j'aurais appris qu'on peut travailler dans la détente et la bonne humeur tout en faisant du bon travail, et appris à apprécier les soins intensifs et la réanimation, ce qui orientera peut être mes choix futurs... En espérant tous vous revoir un jour !

A l'équipe de cardiologie de la Clinique Mutualiste, à mes chefs : Pierre, Jean-Paul, Jean, Mohammed et Benjamin, ainsi qu'à Julien mon co-interne, et toute l'équipe paramédicale. Grâce à vous la cardio sera devenue un peu plus claire, et les ECG anormaux ou autres troubles du rythme me font moins peur !

A l'équipe de Pédiatrie du CHU de Grenoble, à mes chefs : Cécile, Nadège, et Eglantine et mes co-internes : Anne, Gilles et Marthe, pour ce semestre riche à plusieurs niveaux.

A toute l'équipe des urgences de Voiron, service où j'ai découvert la convivialité au travail, la bonne humeur, et où surtout je me suis trouvée ma vocation d'urgentiste...

Merci à toutes les équipes des stages où j'ai pu passer en tant qu'externe, et qui m'ont permis de me former et d'aimer la médecine...

Enfin merci à tous les patients et leur entourage avec lesquels j'aurais appris tellement de choses, sur le plan humain et médical... Certains resteront gravés, et ça fait aussi partie de la force de notre métier...

A Jérémie, pour ton amour, ton soutien, pour tous ces moments inoubliables passés ensemble ici et ailleurs, et ceux à venir... Pour tous nos projets qui nous font avancer, qu'on continue à profiter de la vie comme on le fait déjà si bien !

A mes parents, pour m'avoir toujours soutenue mais laissée libre de mes choix, pour tout ce que vous avez fait pour moi et tout ce que vous ferez sûrement encore... J'espère être un jour aussi bon parent que vous...

A Mathieu et Morgane, mon frère et ma sœur, pour nos souvenirs ensemble et notamment ce fameux voyage à Mayotte, pour nos retrouvailles familiales régulières, j'espère que vos projets se réaliseront à tous les 2...

A mes grands-parents, qui même un peu loin, m'ont toujours suivie et qui sont si fiers de leur grande famille (et ils ont raison) !! J'aurais aimé que vous puissiez être présents.

A tout le reste de ma famille qui, de près ou de loin, a suivi mon évolution.

Et à tous mes amis, actuels et anciens, qui ont toujours eu une grande place dans ma vie :

A mes amis Chambériens :

-Priscille, ma 1^{ère} copine, qui inconsciemment a peut être joué dans mon orientation professionnelle...Portes toi bien.

-A Emilie, pour tous ces moments de rigolade, confidences, etc... et notre amitié. Même si nos chemins se sont écartés, je me souviendrais toujours de ces belles années...et qui sait, nous nous reverrons peut être plus vite qu'on ne le pense.

-A Thibaut, pour nos années lycées où on aura tant tripé, les concerts, les délires, nos discussions sur l'avenir... Toi aussi à priori tu as trouvé ta voie, j'espère qu'un jour nos chemins auront à nouveau l'occasion de se recroiser...

-A toute la bande de Vaugelas, pour toutes les après-midi et soirées passées ensemble, avec tant de bons souvenirs: Erwan, Bertrand, Gaël, Tommy, Tortue, Steph, Micky, Junior, Henri, Lucie, Lisette, Axelle... Pour tous mes moments de détente en P1 où vous étiez là, et pour avoir cru en moi .

Et enfin à tous ceux que j'ai eu la chance de rencontrer en venant étudier la médecine à Grenoble :

-A mes « copines de médecine » : Audrey, Julia, Laurette, Virg, Léa pour toutes ces années de délire, de bringues, mes 1ers voyage (dont Mada qui aura tant compté...). Tant de bons souvenirs avec vous !

-Au reste de la bande de la fac : Pich, Flo, Piwai et Mat , pour à peu près la même chose ! Les années festives, les révisions intenses pré partiels, notre 6^{ème} année dans la « salle », tous les bons plans vacances et week ends des uns et des autres, et tous les bons moments qu'on continue de passer : la coloc actuelle, les repas Tronchois, les soirées de thèse passées et à venir...

En espérant que nos amitiés dureront longtemps, et qui sait se finiront peut être autour d'une maison commune !!

-A tout le reste du groupe de potes de Gre : Amé, Maya, Fix, Anto, Yo Negro, Yo Detri, Tib, Ben, Bat, Ali, Pedro, Amé, Manon, Dams, Iana, Julio....pour tous ces bons moments passés et à venir avec vous, en espérant continuer nos retrouvailles régulières !

-Aux dentistes Rob, Ju et Sarah, pour nos Rv inconditionnels au col de l'épine, à Beauduc et ailleurs...

Et un remerciement particulier à toute la grande famille malgache, la « Glover Family » et tous ceux qui l'entoure, que j'ai eu la chance de rencontrer, et avec laquelle on a passé tant de moments forts... Des réunions au centre en passant par les « campagnes » de réunions SIDA, des petits pansements aux 1ers accouchements auxquels j'ai assisté, des bals poussières aux soirées Tsapiky endiablées autour de la télé... tellement de moments inoubliables vécus là-bas !

TABLE DES MATIERES

Remerciements	p.13
Table des matières	p.16
Résumé	p.17
Introduction	p.20
Matériel et Méthode	p.23
Résultats	p.26
1) Conditions de prise en charge des patients en situation de précarité	p.26
2) Questions financières dans la relation médecin-malade	p.35
3) Les dépendances au personnel soignant	p.44
4) Les peurs et violences dans la relation médecin-malade	p.48
Discussion	p.54
Conclusion	p.58
Bibliographie	p.60

RESUME

OBJECTIFS :

Dans la réflexion sur la santé et la prise en charge des patients en situation de précarité, le milieu associatif a une expérience de longue date.

ATD Quart-Monde a développé une méthode pédagogique dite de « co-formation ». Une co-formation utilise le principe du croisement des savoirs et des pratiques, entre un groupe de professionnels d'une ou plusieurs disciplines et un groupe de militants (personnes ayant l'expérience vécue de la pauvreté).

Pour améliorer la santé des personnes en situation de précarité et réduire les inégalités d'accès aux soins, il faut s'intéresser au vécu de ces personnes, à leurs expériences, leurs analyses, pour espérer trouver des solutions.

Pendant la co-formation « Santé et Précarité » effectuée en mars 2011, quatre grands thèmes en lien avec les relations soignants/soignés ont été identifiés et travaillés :

- Les conditions de prise en charge des patients en situation de précarité
- Les questions financières dans la relation médecin-malade
- Les dépendances au personnel soignant
- Les peurs et violences dans la relation médecin-malade

L'objectif principal était de définir si la co-formation « Santé et Précarité » apporte des données théoriques nouvelles sur la santé et la prise en charge des patients en situation de précarité par rapport aux données de la littérature.

L'objectif secondaire consistait à déterminer si le concept de co-formation pourrait être une nouvelle méthode de recherche.

MATERIEL ET METHODE :

Pour analyser le contenu de la co-formation, il a été utilisé une méthode qualitative d'observation directe, qui paraissait la plus adaptée.

A partir des enregistrements réalisés, plusieurs étapes ont été effectuées :

1^{ère} étape : retranscription, familiarisation avec le contenu du verbatim.

2^{ème} étape : indexation du verbatim, suivant les 4 thématiques principales déjà identifiées, avec sélection des passages du verbatim en rapport avec chacun de ces 4 thèmes.

Pour chaque thème, création de sous-thèmes par réarrangement des passages indexés.

3^{ème} étape : « interprétation » de chaque sous-thème en reformulant son contenu par une idée ou un concept, et en conservant pour illustration une ou plusieurs citations les plus adaptées.

Cette analyse a permis d'obtenir le « substrat » des données issues de la co-formation, indispensable pour une comparaison à la littérature.

La revue de bibliographie a été effectuée avec plusieurs moteurs de recherche (Cismef, Sudoc, Cairn, Google Scholar et EMP Premium), avec les mots clés « santé » et « précarité ». La sélection des ouvrages a été faite par lecture systématique du titre (et du résumé si disponible) des ouvrages proposés.

Les ouvrages qui étaient en rapport avec les données de la co-formation faisaient l'objet d'une lecture en texte complet, puis étaient conservés ou non.

Nous avons recherché ensuite pour chaque idée ou concept issus de l'analyse du verbatim s'il était traité ou non dans ces références.

Si tel était le cas, les références correspondantes ont été spécifiées, et pour chaque idée une citation jugée la plus appropriée a été sélectionnée.

RESULTATS :

Au total, 84 références littéraires ont été retenues.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux à double colonne, avec d'une part l'idée issue de l'analyse de la co-formation, et d'autre part la ou les références littéraires correspondantes.

Une ou plusieurs références ont été trouvées pour chaque donnée issue de la co-formation .

Pour une question éthique de suivi de la charte des co-formations, des données ont été perdues car non enregistrées, que ce soit lors de séances communes lors des deux premiers jours, ou au sein des discussions en petit groupe. Le verbatim obtenu est certainement plus « formel », moins spontané que si la totalité de la co-formation avait été retranscrite, cependant en utilisant ces moments de synthèse pour le recueil de données, la charte éthique des co-formations a été respectée.

La méthode qualitative était certainement la méthode la mieux adaptée à l'analyse de nos données. Cependant le thème de la santé et de la précarité étant très vaste et ayant déjà été largement « quadrillé » dans la littérature existante, les chances d'obtenir des données théoriques nouvelles avec la co-formation « Santé et Précarité » étaient maigres.

Si l'on considère les choses sous un autre angle, toutes les données issues de cette co-formation, si elles ne sont pas novatrices, sont par contre bien connues de la littérature. Cela peut être vu comme un gage de qualité des échanges pendant ce type de formation.

Une co-formation ne permet donc peut-être pas d'échanger sur des thèmes nouveaux, des découvertes, mais c'est la façon d'aborder ces thèmes, à travers les expériences personnelles, les connaissances réciproques, les croisements de savoirs et de pratiques, qui est novatrice en soi, et apporte une dimension humaine, personnelle et ludique à ces échanges.

L'objectif secondaire était d'évaluer la méthode de co-formation comme outil de recherche.

Une méthode de recherche en sciences humaines est une procédure définie utilisée en vue de développer la connaissance scientifique de phénomènes humains.

Une co-formation correspond donc bien à une méthode de recherche, dans la définition, même si avec ce travail nous n'avons pas montré d'apport théorique nouveau.

Une limite à ce travail est à prendre en compte : les données n'ont été analysées que par un seul relecteur, sans expérience préalable dans l'analyse qualitative.

CONCLUSION :

Cette co-formation n'apporte pas de données théoriques innovantes sur la santé et la prise en charge des patients en situation de précarité. Cependant elle permet en l'espace de trois jours de formation d'aborder un grand nombre des idées retrouvées dans la littérature, des plus évidentes (la nécessité d'une relation de confiance entre professionnel et patient, la notion de priorités sur la santé...) aux moins connues (l'appréhension des patients à consulter, la stigmatisation...), et la « redondance » des idées entre la co-formation et la littérature peut aussi être vue comme un gage de qualité de ce type de formation.

L'une des données issue de la co-formation « Santé et Précarité », et largement retrouvée dans la littérature, est la notion de manque et de besoin de formation des professionnels vis-à-vis des questions de précarité, pourtant de plus en plus présentes dans tous les domaines de la santé.

Au vu de cette demande, il pourrait être intéressant dans un futur travail d'étudier les co-formations comme outil pédagogique dans la formation initiale ou continue des professionnels de santé.

MOTS CLES :

- Santé, précarité, co-formation, croisement savoirs et pratiques
- Accueil, prise en charge, argent, dépendance, peurs, violences

INTRODUCTION

Définie par le père Wresinski dans le rapport émis au Conseil Economique et Social en 1987 [86], « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible ».

Le Haut Comité de la santé publique (HCSP) considérait déjà en 1998 [83] que la progression actuelle des phénomènes de précarisation qui fragilisent des secteurs entiers de la population, était susceptible, à moyen terme, de provoquer une réelle dégradation de la santé des couches sociales les plus défavorisées et au-delà celle de la population tout entière.

En 2012, l'ONPS (Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale)[77] rapporte qu'en France, si l'on considère les trois dimensions suivantes : pauvreté monétaire relative, privations matérielles sévères, très faible intensité du travail dans le ménage, la population qui est touchée par au moins un des trois critères de pauvreté et d'exclusion sociale représente 11,2 millions de personnes, et celle qui cumule ces trois critères s'élève à 700 000.

Dans la réflexion sur la santé et la prise en charge des patients en situation de précarité, le milieu associatif a une place importante et une expérience de longue date.

Le Mouvement ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart-Monde, fondé en 1957 par Joseph Wresinski, a pour objectif de bâtir une société où chacun sera respecté dans son égale dignité et y aura sa place pleine et entière. Pour cela, il veut donner la priorité aux plus démunis, aux plus exclus, en partant du principe que si la société ne se bâtit pas à partir d'eux, ils resteront toujours à la marge ou n'auront accès qu'à des sous-droits ou des droits particuliers.

Dans cette optique ATD Quart-Monde, à travers 2 programmes « Quart Monde Université » et « Quart Monde Partenaire » et une charte définissant les règles éthiques, a développé une méthode pédagogique dite de « co-formation ».

Cette méthode part du postulat qu'il existe 3 types de savoirs, indispensables et complémentaires : les deux premiers, le savoir universitaire et le savoir professionnel de terrain, qui sont organisés et reconnus ; le troisième type est le savoir issu de l'expérience vécue. Dans cette approche, ce savoir est reconnu au même niveau que les autres et les conditions nécessaires pour l'organiser sont mises en place.

Une co-formation par le croisement des savoirs et des pratiques met en présence un groupe de professionnels d'une ou plusieurs disciplines et un groupe de personnes ayant l'expérience vécue de la pauvreté, militantes au sein d'une association. Elle est animée selon une méthode rigoureuse, en référence à la charte du croisement des savoirs [88].

Pendant une co-formation, la formation des professionnels est effectuée avec et par des personnes ayant une expérience de vie difficile. Loin de simples témoignages de vie, chaque participant est formateur et formé, chacun apporte ses connaissances et ses analyses. Il s'agit de chercher ensemble les difficultés et des pistes de solutions.

L'Association REVIH-STS (Réseau VIH toxicomanie hépatites) à Chambéry a déjà appliqué cette méthode à la santé à plusieurs reprises, et notamment en 2011 avec la co-formation « Santé et Précarité ».

Celle-ci a réuni une trentaine de professionnels de santé (médecins, infirmiers..) et de travailleurs sociaux en lien avec la santé, ainsi qu'une dizaine de « militants » (personnes vivant des situations de précarité et engagées dans la lutte contre la pauvreté).

A travers la découverte et la compréhension des logiques et des représentations de chacun, professionnels de santé et précaires, la co-formation « Santé et Précarité » visait à faire évoluer les pratiques et la prise en charge des patients en situation de précarité.

Les 2 premières journées ont consisté à réfléchir par groupes de pairs, par groupes « mixtes » ou pendant des séances communes, à différentes définitions, aux représentations de chacun sur les notions de santé, de misère, sur les rôles des professionnels soignants et des patients en situation de précarité.

Des récits d'expérience ont été écrits et analysés.

Pendant ces 2 jours, 4 grands thèmes en lien avec les relations soignants/soignés ont été identifiés et travaillés :

- Les conditions de prise en charge des patients en situation de précarité
- Les questions financières dans la relation médecin-malade
- Les dépendances au personnel soignant
- Les peurs et violences dans la relation médecin-malade

La 3^{ème} journée a été consacrée à la synthèse et à la restitution orale des idées développées au cours de cette formation.

Pour améliorer la santé des personnes en situation de précarité et réduire les inégalités d'accès aux soins, il faut prendre en compte le vécu de ces personnes, leurs expériences, pour espérer trouver des solutions.

Un précédent travail de thèse s'était intéressé aux changements de représentations et des pratiques des professionnels ayant participé à une co-formation. Il était intéressant d'aborder un autre angle des co-formations, celui de l'outil de recherche, afin de savoir si le croisement des savoirs produit des connaissances nouvelles.

Le but de ce travail était de définir si la co-formation « Santé et Précarité » apporte des données théoriques nouvelles sur la santé et la prise en charge des patients en situation de précarité par rapport à la littérature.

Pour cela nous nous sommes basés sur les données issues de la synthèse et de la restitution de la co-formation « Santé et Précarité », analysées par méthode qualitative.

L'objectif secondaire consistait à déterminer si le concept de co-formation pourrait être une nouvelle méthode de recherche.

MATERIEL ET METHODES

Avec ce travail, nous avons souhaité évaluer les apports théoriques de la co-formation « Santé et Précarité » par rapport aux données de la littérature sur la santé des patients en situation de précarité.

1) La méthode qualitative

Pour analyser le contenu de la co-formation, nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative d'observation directe, qui nous paraissait la plus adaptée.

En effet, dans la recherche qualitative, le point de vue, le sens que les acteurs donnent à leurs conduites est matière d'observation et de recherche. Son but est de mettre en valeur la subjectivité dans la compréhension et l'interprétation des conduites humaines et sociales.

L'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu (éventuellement de la manière la plus aiguë), une caractéristique ou une expérience particulière à analyser.

Il ne s'agit pas de convertir des opinions en nombre, de quantifier des comportements, mais de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions. Il s'agit donc de prendre en compte des dynamiques, des processus et des modes de compréhension.

La co-formation, de par son approche centrée sur le vécu et l'expérience, et les participants, de par leur mixité, constituaient une population adaptée à une analyse qualitative d'observation.

2) Le verbatim

Ces 3 jours d'échanges, de réflexions et d'interactions sur les relations et les représentations entre professionnels de santé et personnes en situation de précarité ont permis de générer de nombreuses idées, exprimées pendant la synthèse et la restitution du 3^{ème} jour.

Cette synthèse et la restitution orale ont été enregistrées dans leur totalité à l'aide de dictaphones (durée d'enregistrement : 2h59mn), et retranscrites en intégralité sous forme d'un verbatim (cf annexes).

A partir de ce verbatim, nous avons pu analyser le contenu et les données issues de la co-formation, en plusieurs étapes.

1^{ère} étape : retranscription, familiarisation avec le contenu du verbatim.

2^{ème} étape : indexation du verbatim.

Quatre thématiques principales ayant déjà été identifiées pendant la co-formation, la seconde étape a été l'indexation des passages du verbatim en rapport avec chacun de ces quatre thèmes.

Chaque passage du verbatim pouvant s'intégrer dans un ou plusieurs thèmes était relevé, et indexé au(x) thème(s) correspondants.

Puis, pour chaque thème, des sous-thèmes ont été créés par réarrangement des passages sélectionnés, sans que la récurrence des idées ne rentre en compte. Certains sous thèmes ont été créés pour une citation, d'autres associaient plusieurs citations de même signification.

3^{ème} étape : Interprétation de chaque sous-thème en reformulant son contenu par une idée ou un concept, et en conservant pour illustration la ou les citations les plus adaptées.

Cette analyse a permis d'obtenir le « substrat » des données issues de la co-formation, indispensable pour une comparaison à la littérature.

3) La bibliographie

Pour effectuer notre revue de bibliographie, plusieurs moteurs de recherche ont été utilisés : Cismef, Sudoc, Cairn, Google Scholar et EMP Premium.

Les mots clés entrés et associés étaient : « santé » et « précarité ».

Pour tous les moteurs, la sélection de la bibliographie a été effectuée par lecture systématique du titre (et du résumé si disponible) des ouvrages proposés.

Étaient exclus les titres faisant mention spécifiquement :

- de la santé mentale ou du travail précaire
- des populations autres que d'Europe occidentale : Europe de l'est, Afrique...
- de catégories de population précises : personnes âgées, femmes enceinte, nouveaux nés, enfants, diabétiques, toxicomanes...

De cette première sélection d'ouvrages étaient ensuite exclus tous ceux non disponibles en libre accès.

Les ouvrages restants faisaient l'objet d'une lecture en texte complet, puis étaient conservés ou non dans la bibliographie finale en fonction de leur intérêt pour notre comparatif.

Pour le moteur Sudoc, un travail avec un bibliothécaire a permis de résoudre le problème d'homonymie et de synonymie grâce au langage documentaire (sur chaque article les bibliothécaires relèvent des mots clés, et le langage bibliothécaire permet grâce à des champs lexicaux créés par les bibliothécaires d'obtenir sur une recherche à partir d'un mot clé tous les mots homonymes ou synonymes qui y sont associés), et de réduire le champ de recherche par l'utilisation d'opérateurs booléens (qui permettent à partir des différents résultats donnés par l'une ou l'autre recherche de redéfinir les articles associant tous les mots clés ensemble).

4) Comparatif des données issues de l'analyse de la co-formation avec la littérature

Nous avons recherché pour chaque idée ou concept issus de l'analyse du verbatim s'ils étaient traités ou non dans ces références, grâce à une lecture attentive.

Si tel était le cas, les références correspondantes étaient spécifiées, et pour chaque idée une citation jugée la plus appropriée a été sélectionnée.

La totalité des citations littéraires en rapport avec chaque idée de la co-formation sont disponibles en annexe.

RESULTATS

Par la méthode de recherche bibliographique utilisée, 256 ouvrages ont été sélectionnés, 76 étaient disponibles et ont été lus intégralement, 63 ont été conservés comme références.

Ont été ajoutés 21 autres références (issues des bibliographies propres aux ouvrages conservés) lues et jugées intéressantes pour notre travail.

Au total, 84 références ont donc été retenues pour les comparer aux données de la co-formation.

Les résultats sont présentés sous forme de tableaux à 2 colonnes, l'une constituée des données issues de la co-formation, l'autre des références littéraires correspondant à chaque donnée. Un tableau a été fait pour chacune des 4 grandes questions de la co-formation, puis illustré pour chaque donnée par une citation issue du verbatim (en italique) et une citation issue de la littérature.

1) Les conditions de prise en charge des patients en situation de précarité

CONDITIONS POUR QUE LES PERSONNES SOIENT ACTRICES DANS LEUR PROJET DE SANTE	
Il faut que le soignant puisse prendre du temps, soit disponible	4 (§1 p.27), 3 (§3, p.156), 3 (§1 p157), 2 (§7, p10), 2 (§1, p12), 23 (tableau IV, p237), 25 (§4,p46), 32 (§4,p60), 38 (p141), 7 (§2, p54), 7 (§1,p55)
Les patients ont besoin de se sentir soutenus, encouragés dans leurs efforts pour se prendre en charge	2 (§4, p.13), 3 (§1,p157) ,5 (§2, p.6), 13 (§5,p41), 21 (§1,p55), 1 (§5,p89), 38 (p.136) , 53 (§4,S355), 82 (§5,p118)
Informé le patient est primordial dans toute relation médecin-malade, et peut être plus encore avec des patients en situation de précarité, même si cela peut demander des moyens supplémentaires (utilisation d'un interprète...)	3 (§4, p155), 12 (§1,p145), 3 (§4, p.155), 16 (§2, p1852), 6 (§1, p.44), 15 (§2-3 p.21), 15 (§ 1-3-4, p.22),3 (§4,p156) , 78 (§1,p111), 82 (§1,p133)
Etablir une « coopération » avec le patient est obligatoire pour rendre le patient acteur dans son projet de soins	4 (§1, p59), 4 (§4, p83), 6 (§4 p108), 5(§2, p11), 6 (§2, p65) , 38 (p140)
La notion de confiance est primordiale dans la relation médecin-malade pour qu'un patient puisse se sentir acteur	11 (§4, p26), 11 (§5, p26), 2 (§7, p10), 2(§5, p13), 82 (§2-3,p122 +§1,p123)
Cette confiance accordée au médecin est fondée peut être plus sur sa capacité d'écoute que sur ses compétences médicales	10 (§1, p25), 12 (§1,p46), 13 (§4,p41), 23 (tableau IV,p237)
Les personnes en difficulté présentent souvent des problèmes multiples qui nécessitent une prise en charge globale	6 (§1-2, p67), 7 (§4, p54 + §1-2, p55), 10 (§8,p24), 11 (§2,p26), 13 (§4,p41), 13 (§2,p216), 14 (§3,p28), 14 (§2-3,p26), 16 (§2, p1846), 74 (p 162), 82 (§1,p145)
Aborder les sujets difficiles peut aider la prise en charge globale de ces personnes	23 (§7-8,p230), 6 (§1-2, p67) , 61 (§5,26 + §2,p27)
A EVITER, OBSTACLES	

Les patients peuvent se sentir stigmatisés par certains dispositifs mis en place uniquement pour les personnes en situation de précarité	3 (§1, p156), 7 (§2, p13), 2 (§9, p13), 5 (§3, p13), 1 (§1-2-3,p88), 15 (§5,p6 + §3,p7), 13 (§2,p35), 13 (§1,p40), 13 (§2,p40), 6 (§4,p70), 6(§4,p59), 27 (p49), 49 (§1,p564), 49 (§1,p604) , 81 (§6,p13), 82 (§3,p138)
L'absence d'adaptation, de souplesse de la part des soignants est un vrai obstacle pour la prise en charge de patients en difficulté	1 (§2-3, p87),1 (§1-2 p.89) , 6 (§1-2, p67), 6 (§4, p148), 9 (§4, p31), 11 (§1,p27), 12 (§3,p58), 13 (§1,p116), 13(§2,p263), 16 (§7, p1850), 6 (§2,p44)
ATTENTES PAR RAPPORT AUX SOIGNANTS	
Pour les personnes en difficulté le soignant doit avant tout garder son humanité	14 (§2-3-4, p18), 32 (§1,p13) , 35 (§4,p3) ,38 (p141), 82 (§1,p121), 82 (§1,p125)
Le soignant doit considérer le patient comme un partenaire	4(§4p90+§1p91), 5 (§2,p6), 9 (§8, p30), 10 (§5,p25), 1 (§5, p89), 23 (§2,p234), 38 (p155), 38 (p203)
Le soignant doit savoir accepter un refus de soins sans le prendre comme un échec	11 (§4,p27),4 (§5,p81+§1-2,p82) , 14 (§3,p24), 38 (p.97) , 38 (p140), 38 (p155)
Les soignants devraient être mieux formés à la prise en charge des personnes en difficultés, d'autant que c'est un milieu qu'ils ne connaissent pas généralement	2 (§6,p13), 4 (§5,p27) , 13 (§2,p120), 6 (encadré n°8, p67-68), 14 (§1,p29), 2 (§6,p14), 2(§6 à 9,p16), 4 (§2,p11), 4 (§4,p84 +§1,p85), 4 (§2,p87), 6 (§2,p20), 6 (§4 p65, §1 p66), 8 (§2), 10 (§3,p25), 13 (§2-3,p259), 6 (§3,p116), 15 (§1,p24, 26 (§3,p81 et § 1, p82), 38 (p141), 39 (§5,p481 + ccl p483), 78 (§1, p117), 78 (§1, p118), 82 (§1,p151)
Le soignant doit connaître les réseaux de santé qui peuvent intervenir avec lui dans la prise en charge des patients	6 (§1-2-3, p68), 7 (§1,p64), 13 (§2,p261), 1 (§4,p89), 2(§4,p14), 2 (§9-10,p16), 3 (§3,p157), 4 (§4,p29 + §1,p30), 4 (§3,p54), 4(§3,p83), 4(§4,p89), 6 (§2,p66), 6(§1,p78), 7(§3,p64), 11 (§5,p27), 6 (§4,p71), 20 (n°162), 13 (§2-3,p259), 78 (§1,p119), 79 (§1,p94)
Le soignant doit savoir employer l'humour comme technique de communication	84 (§2,p26), 84 (§1+4,p261)
ATTENTES PAR RAPPORT AUX PATIENTS	
Le patient, même en difficulté, doit être acteur dans son projet de soins	6(§6,p69), 8(§5), 10(§8,p24), 10 (§1,p25), 11 (§1,p27), 6 (§4,p1)
Les personnes en difficultés devraient être sensibilisées aux difficultés des professionnels de santé afin d'être plus tolérantes envers eux.	19 (circulaire), 38 (p137), 4(§1,p84)
PROBLEMES D'HYGIENE	
Le manque d'hygiène peut être un problème récurrent chez les patients en situation de précarité, et ne doit pas être mis de côté. Les soignants doivent travailler sur leurs représentations, leurs préjugés	2 (§4,p13), 6 (§3,p65) ,23 (§2-3,p230)
	6 (§2,p24), 14(§2-3,p20 + §1,p21), 6(§5,p25),
C'est un problème qui doit être abordé, une fois une relation de confiance instaurée	13 (§1,p116)
Les soignants doivent prendre conscience des difficultés d'accès à l'hygiène de base pour ce type de patients	6(§2,p24) , 9(§1,p30)
Et du fait que le manque d'hygiène peut être une réaction de « défense »	73 (§3,p293), 73 (§1-2,p296)

Les problèmes d'hygiène que peuvent rencontrer les patients en situation de précarité peuvent être sources de violence	11 (§3,p27), 6 (§1,p167)
BARRIERES CULTURELLES/INSTITUTIONNELLES	
Certaines barrières culturelles, environnementales, font que les personnes en difficulté se retrouvent sans repère ; le milieu hospitalier, notamment, est un grand inconnu	12 (§1,p144), 15 (§2-3,p21), 32 (§4,p59) , 38 (p,136-137), 38 (p.139)

1) CONDITIONS POUR QUE LES PERSONNES SOIENT ACTRICES DANS LEUR PROJET DE SANTE

***Il faut que le soignant puisse prendre du temps, soit disponible.**

-« il faut pouvoir mieux communiquer, mieux accueillir, prendre du temps avec les personnes» .

- 7 (§1,p55) : Ces populations ont, en effet, plus que d'autres, besoin d'une écoute attentive et d'une disponibilité que le médecin généraliste, intervenant de premier recours, peut leur apporter. Aborder les situations de grande précarité sans morceler la prise en charge permet l'approche globale dont ces populations ont besoin.

***Les patients ont besoin de se sentir soutenus, encouragés dans leurs efforts pour se prendre en charge.**

-« poser des mots M.O.T.S sur des maux M.A.U.X. reconnaître et encourager la démarche de soin, peut être que la 1ère chose c'est de dire « bravo d'être venu, c'est courageux »,ça, et de valoriser..de valoriser ».

-21 (§1,p55) : L'écoute que le généraliste sait accorder à ces patients est perçue comme une véritable attention, une aide réelle, et en tous les cas, comme une reconnaissance de la personne et de ses souffrances, ce qui représente beaucoup pour ces malades exclus de la société . S'efforcer de leur réserver un accueil attentif, tenter de s'ouvrir et de s'intéresser à eux, leur redonne un peu de dignité et les aide à tisser un minimum de lien social. Cela permet aussi d'instaurer une relation de confiance.

***Informé le patient est primordial dans toute relation médecin-malade, et peut être plus encore avec des patients en situation de précarité, même si cela peut demander des moyens supplémentaires (utilisation d'un interprète...).**

-« prendre le temps d'expliquer ce qui peut permettre peut être plus l'acceptation, et donc expliquer les limites aussi et les contraintes de tout ce qui est figé dans les structures. »

-« informer bien le patient toujours. »

-15 (§2-3, p21) : promouvoir les activités de lien, d'accompagnement, d'information, d'explication par du personnel formé à l'écoute et à l'organisation des soins à l'hôpital. Ces besoins sont

particulièrement aigus pour les personnes en précarité, mais ils concernent en vérité tous les malades.

***Etablir une « coopération » avec le patient est obligatoire pour rendre le patient acteur dans son projet de soins.**

-« importance de construire une relation plus égalitaire en reconnaissant l'autre comme un partenaire, avec qui on aurait un objectif commun, et y'avait la notion assez forte d'accompagnement mutuel, main dans la main. »

-4 (§4, p83) : Cela rejoint une dimension primordiale relevée au cours de cette recherche à savoir qu'un projet se construit avec la personne concernée, s'adapte à sa personnalité et à ses capacités, tient compte de son environnement, etc. Nous pensons que ces dimensions essentielles doivent être abordées dans le cadre de la formation des professionnels.

***La notion de confiance est primordiale dans la relation médecin-malade pour qu'un patient puisse se sentir acteur .**

-« pour que quelqu'un soit acteur de sa santé il faut qu'il soit en confiance, il faut qu'il soit mis dans une relation qui soit au même niveau que son correspondant professionnel qui est en face de lui.»

-11 (§4 , p26) : notre premier objectif est de tisser et de maintenir ce lien de confiance réciproque pour pouvoir ensuite instaurer une prise en charge individuelle s'inscrivant dans la durée.

***Cette confiance accordée au médecin est fondée peut être plus sur sa capacité d'écoute que sur ses compétences médicales.**

-« j'ai pas confiance ... au médecin : c'est pas à ses capacités, pas à ses compétences, ses capacités de me comprendre .S'il me comprend pas c'est pas la peine que je continue. Moi je marche toujours à la confiance.»

-12 (§1,p46) : Une relation de confiance exige bien sûr pour le patient de se sentir dans « des mains compétentes » mais elle demande aussi un certain partage des connaissances sur la maladie et l'établissement d'une collaboration active dans la démarche de soins. Une supériorité trop marquée vis-à-vis du patient le maintiendrait dans une dépendance qu'il peut d'ailleurs de lui-même rechercher. Tendre à une meilleure autonomie deviendrait par conséquent plus difficile.

***Les personnes en difficulté présentent souvent des problèmes multiples qui nécessitent une prise en charge globale.**

-« l'importance d'une prise en charge globale des problèmes et des demandes avec que ce soit l'aspect physique, psychologique, social, environnemental, et l'importance de ne pas compartimenter les problèmes, de pas dire « ah ben non ça c'est pas important » et l'importance de la confiance, du respect, et de soulever la vraie demande, souvent derrière .»

-7 (§4, p54 + §1-2, p55) : ces patients nécessitent du temps et de la disponibilité pour une prise en charge simultanée à la fois médicale, sociale et psychologique. L'entretien social est essentiel. (...) Un travail en équipe pluridisciplinaire et plus précisément un interrogatoire détaillé et un examen clinique complet effectués par des médecins généralistes formés à l'approche globale des

patients et aux pratiques du Réseau sont essentiels pour prendre en compte la diversité des problèmes sanitaires, psychologiques et sociaux présentés par ces personnes. (...)

***Aborder les sujets difficiles peut aider la prise en charge globale de ces personnes.**

-« *nécessité de valoriser la personne et en même temps de reconnaître que des sujets sont difficiles à avouer (..)y'a l'hygiène (..)l'alcool(..)déli de la situation (..)intéressant à un moment donné de pouvoir aborder la question, ça peut même être une forme de respect de l'autre que de lui dire ce qui peut être dérangent chez lui, mais en même temps que cela suppose une relation de confiance. »*

-61 (§5,26 + §2,p27) : Un autre travail montre que « parler d'alcool reste un sujet tabou » en médecine générale [...]A l'hôpital comme en ville, la brièveté des consultations ne facilite pas non plus un abord global des problèmes de santé, ni l'abord des questions délicates comme la consommation d'alcool.

2) A EVITER, OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE

***Les patients peuvent se sentir stigmatisés par certains dispositifs mis en place uniquement pour les personnes en situation de précarité.**

-« *fiche navette c'est une fiche qui existe au centre d'examen de santé pour choisir en fait des repères administratifs et sociaux par rapport aux gens qui viennent passer le bilan .»*

-« *qui donne aux professionnels une indication pour accorder plus de temps, pour faire plus d'exams, était finalement ressenti, pouvait être ressenti par la personne comme quelque chose de purement administratif et qui la cloisonnait dans une case précise, et elle ressentait absolument pas ce côté « petit + » que les professionnels voulaient apporter. »*

- 49 (§1,p604) : Certaines de ces prestations peuvent également être associées à des processus de stigmatisation, leur bénéfice se muant en une « désignation » ou en un « statut d'assisté », qui peut susciter des problèmes de reconnaissance sociale, comme l'illustrent les enquêtes réalisées auprès des allocataires de minima sociaux (Julienne, 2004), ou les difficultés rencontrées par les bénéficiaires de la CMU auprès de certains professionnels de santé (Chadelat, 2006).

***L'absence d'adaptation, de souplesse de la part des soignants est un vrai obstacle pour la prise en charge de patients en difficulté.**

-« *question des protocoles de soin (..)des recommandations (..)recommandations pour lesquelles on va dire faut faire ci faire ci faire ça et puis effectivement si quelqu'un sort du cadre un petit peu alors qu'il a fait de très gros efforts qui sont pas forcément reconnus, s'il sort de ce cadre on risque à un moment donné de lui dire « ben éventuellement c'est plus pris en charge .»*

-1 (§2-3, p87) : Le système de santé n'est pas aujourd'hui en capacité d'intégrer son intervention dans un ensemble cohérent de mesures visant à atténuer, sinon à corriger, les effets de la précarité ni de s'adapter aux attentes et aux attitudes des publics précaires. Les réponses de notre système de santé aux besoins spécifiques des publics précaires en matière de prévention et de soins restent

profondément marquées par les effets d'une longue période pendant laquelle ce système s'est construit autour de logiques médico-techniques et de conceptions unicistes et égalitaires de ses bénéficiaires – les « patients », plus souvent désignés aujourd'hui comme « usagers ».

- 9 (§4, p31) : il y a cependant constamment nécessité d'aller vers elles, de prendre en compte leur souci d'organisation, leur trop grand isolement, de changer de langage, de les mobiliser pour garantir leur participation. Mais il y a aussi nécessité de modifier notre système de prise en charge, trop cloisonné et pas assez réactif.

3) ATTENTES PAR RAPPORT AUX SOIGNANTS

***Pour les personnes en difficulté le soignant doit avant tout garder son humanité.**

-« les professionnels de la santé ont aussi des besoins , une humanité, mais aussi des besoins pour se faire soigner, et donc qu'ils n'oublient pas cela .»

-32 (§1, p13) : « Si le phénomène s'appelle précarité, les gens qui viennent vous voir n'ont pas pour autant une tête de phénomène social, ce sont des personnes. Il faut donc définir des concepts, des méthodes, quantifier pour prévoir des moyens ou pour tenter d'évaluer ce que l'on fait, avoir les yeux fixés sur le général et s'occuper personnellement de chacun ».

Antoine Lazarus, Professeur de Santé publique à la Faculté de médecine de Bobigny

***Le soignant doit considérer le patient comme un partenaire.**

-« les notions de connaissances et les notions de compétences étaient des choses différentes, et qu'il fallait quand même apprécier complètement la connaissance expérimentale des gens et que même si les gens ont pas fait des études sur telle ou telle chose ils savent des choses, et que tant qu'on aura pas cette relation-là instaurée, donc cette attitude-là, effectivement on aura des difficultés à entrer en relation effective et positive .»

-1 (§5,p89) : en recommandations pour tout programme de santé en faveur des personnes précaires: permettre aux personnes et aux groupes de dire ce qu'ils veulent et comment ils le veulent, selon leurs attentes, dans leur propre langage, et à leur rythme ; faire émerger les enjeux réels, sans nier les conflits ni masquer les injustices, les atteintes aux droits des personnes ; renforcer les dynamiques et les initiatives des personnes et des groupes en leur donnant les moyens de s'exprimer et d'agir.

***Le soignant doit savoir accepter un refus de soins sans le prendre comme un échec.**

-« pour le médecin c'était très difficile d'accepter qu'une personne par exemple refuse les soins ou refuse une partie des soins, et pourtant parfois ça pourrait être salutaire qu'elle le fasse. »

-38 (p.97) : (...) Mais la chose la plus difficile à vivre est le refus de certains à se faire soigner. L'accepter demande un très grand respect de l'autre alors qu'il est absolument révoltant de voir un être humain réduit au refus de soins ! Parfois, face à ce refus, nous n'avons aucune réponse, aucune raison valable à donner pour convaincre...Et c'est insupportable !

***Les soignants devraient être mieux formés à la prise en charge des personnes en difficultés, d'autant que c'est un milieu qu'ils ne connaissent pas généralement.**

-« différence de classe (..) entre médecin...entre soignant et usager (..)pas les mêmes représentations sur le monde de la précarité d'un côté et de l'autre, et peut être une trop grande distance de la part des soignants, sur les réalités qu'elles représentent. »

-14 (§1,p29) : La précarité engendre des situations complexes de santé et les personnes précaires ont besoin d'une prise en charge multidimensionnelle. Le besoin en formation a été identifié par plusieurs professionnels interrogés lors de l'enquête. Le repérage des situations de précarité, l'accueil, l'écoute empathique, le processus de soins infirmier, la relation d'aide, la clinique infirmière..sont des pistes à explorer et des formations à mettre en place. Certaines formations peuvent être à la fois suivies par le personnel soignant et le personnel administratif : accueil, écoute empathique, repérage des situations de précarité.

***Le soignant doit connaître les réseaux de santé qui peuvent intervenir avec lui dans la prise en charge du patient.**

-« réseaux de santé, euh..sont des organisations qui sont justement là pour essayer que les professionnels de santé, les professionnels sociaux, prennent conscience de cette démarche-là. »

-2 (§4,p14) : Il est également certain que ce devoir de solidarité vis-à-vis d'une population précaire est difficile à assumer seul, un travail en réseau est nécessaire faisant appel aux associations, aux ONG, aux structures hospitalières, également aux confrères spécialistes lorsque leur concours est nécessaire. Il en va de même pour les autres professionnels de santé : infirmières, kinésithérapeutes...

***Le soignant doit savoir employer l'humour comme technique de communication.**

-« s'exprimer avec humour et dérision pour arriver à.. en fait on n'est plus dans la rigidité et ça peut permettre peut être de soulever des questions essentielles des personnes défavorisées et ainsi pour désamorcer des situations difficiles .»

*84 (§2,p26) : d'après les médecins, l'humour a sa place dans la consultation de médecin générale comme atout thérapeutique favorisant la dédramatisation et améliorant l'accueil, et qu'il serait utile de mettre en place un enseignement de l'humour dans nos études.

4) ATTENTES PAR RAPPORT AUX PATIENTS

***Le patient, même en difficulté, doit être acteur dans son projet de soins.**

-« Etre acteur dans l'écoute :(..)de la part des personnes défavorisées, voilà, quoi faire.(...)Oser dire les choses, poser des questions aux professionnels, présenter et expliquer le mal dont je souffre aux professionnels pour que ce soit bien interprété, pour qu'ils compatissent. Intégrer la notion de temps dans le contact, prendre la parole à chaque fois pour que la personne exprime ses propres besoins. »

-10 (§8,p24) : une évaluation globale interdisciplinaire du parcours individuel et social va d'abord permettre d'identifier les obstacles aux soins, d'approcher l'autonomie de la personne, de comprendre le stade des troubles. Une réponse appropriée sera ensuite construite avec 2 volets complémentaires, le médical et le social. L'adhésion du patient sera obtenue en discutant avec lui les priorités et les modalités des soins. L'accompagnement visera une responsabilisation de la personne.

*** Les personnes en difficultés devraient être sensibilisées aux difficultés des professionnels de santé afin d'être plus tolérantes envers eux.**

-« Que l'information soit connue que le personnel doit faire du chiffre,(...) il nous semblait aussi important pour que le patient, la personne défavorisée comprenne les exigences qui sont imposées aux professionnels (...) aurait peut-être plus de tolérance par rapport aux professionnels. »

-38 (p.137) : Le soignant n'est pas un être exempté de la réalité, loin de là. Il peut fort bien, dès qu'il sort de l'hôpital, connaître, pour lui-même ou pour les siens, l'angoisse de la précarité sociale et de la vulnérabilité. Dans ces conditions, sa confrontation dans l'institution avec les plus démunis requiert de sa part une grande force de conviction, un engagement citoyen et une maîtrise de soi dont on ne mesure pas toujours l'importance.

Comme le rappelle très justement la psychologue Eva Weil : « le malade confie son corps et aussi son histoire à des professionnels auxquels la société a conféré le monopole du soin. Ceux-ci disposant de ce fait d'un pouvoir d'amélioration ou d'aggravation de son état, voire, dans certaines circonstances, d'un pouvoir de vie ou de mort. Pour les soignants, avoir choisi d'assumer cette mission ne les protège pas de l'angoisse ni du découragement. » Et c'est la globalité des acteurs de l'institution hospitalière, jusqu'aux personnels administratifs, qui peuvent être pris dans ce tourment. C'est alors que l'on assiste à différents blocages, dysfonctionnements, rigidités ou laxismes qui finiront par rejaillir sur la qualité du soin.

5) PROBLEMES D'HYGIENE

Le manque d'hygiène peut être un problème récurrent chez les patients en situation de précarité, et ne doit pas être mis de côté.

***Les soignants doivent travailler sur leurs représentations, leurs préjugés.**

-« plus raisonner comme nous pour ces personnes-là, et je pense que là on a à se faire aider par des professionnels tels que des psychologues, des psychanalystes ou des psychiatres, qui peuvent nous aider justement à.. à comprendre comment ces personnes-là ont une conception de l'hygiène et à.. à quelle attitude avoir face à elles .»

-2 (§4,p13) : La première démarche est l'accueil : Ce premier pas n'est pas toujours simple tant pour le malade impécunieux qui n'ose pas, a honte, et rechigne à s'adresser au médecin qui, de son côté, doit recevoir parmi sa clientèle habituelle ce patient différent parfois dans un état " dérangeant ". Il peut être tenté de le diriger vers une association ou une structure hospitalière. Il peut également, ce qui est le plus conforme à notre vocation, le recevoir comme tout un chacun, ce qui constitue un premier acte de resocialisation et de respect dû à tout malade. " Quand on sait accueillir un exclu, on sait accueillir tout patient " Xavier Emmanuelli.

***C'est un problème qui doit être abordé, une fois une relation de confiance instaurée.**

-« comment dire à la personne, lui faire reconnaître cet état, en quoi ça peut être quelque chose qui l'aide ou est-ce que c'est une violence supplémentaire (...)tant que cette relation de confiance n'est pas construite , l'avouer c'est lui renvoyer quelque chose de violent. »

-13 (§1,p116) : Les médecins généralistes et spécialistes, les urgences hospitalières, les services hospitaliers de consultation ou d'hospitalisation sont parfaitement capables de prendre en charge n'importe quel type de malade et de maladie. Cependant, les clochards et vagabonds que nous recevons ne vont pas consulter de médecins libéraux et restent, souvent, des clients indésirables des urgences hospitalières. On l'a vu, la dégradation physique liée à la vie dans la rue, les problèmes d'hygiène, l'alcoolisation massive ne rend pas facile l'accueil de ces population. Dans ces conditions, la réponse médicale doit s'adapter à la réalité de la vie et des besoins de ces personnes et non l'inverse. Les structures « spécialisées » disposent, par exemple, d'un certain nombre d'aménagements spécifiques ; des installations sanitaires adaptées (autre l'aspect strictement hygiénique) sont d'une grande utilité pour nouer un contact avec ces personnes , un échange pour les inciter à venir consulter. Finalement, ces structures représentent, dans notre esprit, cet échelon intermédiaire dont nous parlions, entre la rue et les structures médicales de droit commun.

***Les soignants doivent prendre conscience des difficultés d'accès à l'hygiène de base pour ce type de patients .**

-« est ce que les personnes qui viennent en consultation ou à l'hôpital ont les moyens de se laver avant de venir(...)dans les villes et bien de moins en moins y'avait de douches municipales ou en tout cas de chose d'accès faciles. »

-6(§2,p24) : L'impossibilité d'avoir une hygiène standard et s'occuper de soi La carence de bains publics à des prix abordables dans les villes et la promiscuité des douches dans les foyers rendent l'accès à une hygiène de base difficile. Le nombre réduit de sanitaires dans les accueils de jour ne permet pas de combler ce manque. Le prix des produits est également une autre barrière à l'accès à une hygiène standard.

***Et du fait que le manque d'hygiène peut être une réaction de « défense ».**

-« cet état là en fait, correspondait à une forme d'intégration par la personne de l'exclusion subie, jusqu'au point d'adopter des comportements, des attitudes, et des problèmes d'hygiène, qui ...qui allaient aller dans le sens de ce qui lui était renvoyé par les gens.»

- 73 (§1-2,p296) : rentrer dans le monde de l'exclusion et de l'errance consiste à prendre conscience que les atteintes corporelles attestent d'un processus d'abandon vis-à-vis du corps propre et du monde interne, tant et si bien que le corps déficient ou attaqué semble figurer une enveloppe psychique défaillante [...] leur désinvestissement corporel rend compte du fait que leur image est falsifiée au point de ne pouvoir s'y reconnaître.

***Les problèmes d'hygiène que peuvent rencontrer les patients en situation de précarité peuvent être sources de violence.**

-« la salle d'attente où du coup les autres personnes ne veulent pas rester parce que la personne elle est..elle est tellement dérangeante, donc y'a quelque chose qui empêche cette personne de vivre en relation aux autres, et qui affecte aussi la relation soignant-soigné.»

-11 (§3,p327) : D'ailleurs, quand nous les accompagnons dans leurs démarches ou parcours de soins, nous constatons bien souvent ce qu'ils reçoivent : le tutoiement parfois, l'humiliation souvent (quand on leur dit, par exemple, qu'ils sentent mauvais dans une salle d'attente bondée où attendent 30 personnes)

6) BARRIERES CULTURELLES/INSTITUTIONNELLES

***Certaines barrières culturelles, environnementales, font que les personnes en difficulté se retrouvent sans repère ; le milieu hospitalier, notamment, est un grand inconnu.**

-« cette personne n'ait vu...n'ait rien vu de ce que vous appelez « propre » depuis 10 ans. C'est-à-dire qu'elle n'a pas vu de murs blancs, à la limite n'a même pas vu dans son souvenir de draps blancs. Elle rentre chez vous, elle voit tout en blanc, des hommes habillés tout en blanc, des femmes en blanc, tout en blanc... et tout fonctionne au quart de tour. Tout le monde sait ce qu'il fait... »

-« pour une personne exclue (...)c'est une autre planète(..)des gens qui nous respectent, qui sont polis et qui nous vouvoient, c'est pas notre habitude généralement c'est plutôt tutoyer comme vouvoyer. »

-12 (§1,p144) : (...) - ce qui relève du fonctionnement de l'institution

L'incompréhension de la logique hospitalière avec ses règles et ses contraintes (Avez-vous fait vos étiquettes ? Désolé, nous n'avons pas accès aux informations de tel service ! Il n'y a pas de place dans l'unité, nous allons vous mettre dans un autre service !) (...), avec les risques ou les scandales relayés par les médias forment un cadre plutôt propice à l'agressivité. Cet univers complexe est mal connu de ses acteurs eux-mêmes et donc forcément du grand public. Il faut une bonne expérience pour y être à l'aise et en comprendre les rouages.

2) Les questions financières dans la relation médecin-malade

UN PROBLEME NOUVEAU	
Les questions financières rentrent plus en compte aujourd'hui dans l'accès aux soins	2 (§1,p1), 4 (§1,p9), 8 (§1), 13(préface, §6,pXIV), 2 (§1-2p4),15 (§1,p9), 3 (§5,p154), 5 (§1,p3),3 (§6,p154) , 76 (§4,p430), 77 (§1,p1), 77 (§1,p2) , 78 (§3,p103) , 82(astérisque II, p32)
DES PRIORITES AUTRES QUE LA SANTE	
Les personnes en difficulté sont mises face à d'autres priorités (matérielles, familiales..) que la santé	15 (§4,p10), 3(§2-3,p153), 3(§6,p156),4(§4,p89) , 4 (§2,p25), 6 (§2,p19), 21 (§1,p54) , 1(§2,p86) , 73 (§1,p295), 80 (§1,p90), 7 (§1,p54)
Certaines priorités pouvant être remises en cause par	72 (ccl, p53)

les soignants	
Cependant la santé reste une priorité pour certains, qui y consacrent une part importante de leur budget	2 (§8,p14), 5 (§3,p8), 6 (§3,p4), 25 (§2, p21), 37 (§3,p6)
LA SANTE DEVIENT PRIORITE SI DOULEUR	
C'est la douleur qui rend la santé prioritaire sur tout	3 (§5,p156), 5 (§2,p10), 6 (§4,p17), 6 (§4,p19), 32 (§1,p38), 36 (§1,p65), 38 (p.118), 53 (§2,p354), 70 (§2,p582), 78 (§3,p114), 81 (3-4, p9)
Ce qui influence la relation avec les soignants et peut engendrer des reproches de leur part	6 (§4-5,p42+§1 et 3,p43), 6 (§1,p20) , 6 (§4,p70) , 32 (§2,p60), 53 (§7, pS355)
La priorité due à la douleur aboutit à des prises de décisions onéreuses	30 (§2,p73), 31 (§3, p13), 32 (§3,p7) , 78 (§4,p114)
Et amène à négliger les maladies chroniques et la prévention	6 (§3-4,p66) , 3 (§6,p156) , 23 (§3,p226),23 (tableau 3,p233) , 28 (§3,p80), 78 (§2,p108), 78 (§2-3, p110)
COUT DES SOINS, DEPASSEMENTS D'HONORAIRES : LIMITATIONS POUR LES PATIENTS	
Les dépassements d'honoraires, les tarifs des soignants, leur localisation, limitent le libre accès au médecin	5 (§2,p8) , 15 (§1,p3), 15 (§1-2,p9), 6 (§5,p60,§1p61), 16 (§8,p1850), 13 (§3,p39), 25 (§4-5,p20), 25 (§2,p53), 30 (§3,p74), 78 (§2,p115), 80 (§2,p95)
Ce qui amène à des pans entiers négligés	5 (§1,p2), 16 (§2,p1847), 16(§2,p1850), 2 (§3-4,p7) , 13 (§4,p52), 33 (graphique 45, p88), 33 (§2-3 + graphique 88, p 167), 36 (§1,p67), 49 (§2,p572), 78 (§2,p108), 78 (§4,p114), 80 (§1, p85)
Des personnes en situation d'exclusion mais aussi des médecins s'inquiètent de l'impact des dépassements d'honoraire sur le parcours de soins.	3 (§9,p154), 5 (§2,p7+§1,p8)
Cependant tout n'est pas qu'une question de choix des médecins, il existe des obligations institutionnelles pouvant être limitantes pour les patients, notamment en cas d'hospitalisation	18 (§1,p55), 15 (§3-4,p5) , 18 (§6,p53)
PRATIQUE LIBERALE, INTERET FINANCIER DES SOIGNANTS	
Les soignants craignent que le principe du paiement à l'acte crée une suspicion chez les usagers de soins, qui pourraient voir un but lucratif à la multiplication des soins	2 (§5,p12), 13 (§2,p261), 38 (p.124-125), 49 (§3,p596) , 82 (§3,p149)
Le rapport à l'argent est de toute façon compliqué dans la relation médecin-malade	2 (§2-3,p14), 81 (§6,p3), 81 (§6,p11)
Et il existe des soignants qui refusent de s'occuper des personnes en difficultés ou ne suivent pas la législation	13 (§2-3-4,p226),13 (§2,p263), 6 (astérisque 6, 61), 6(§3,p61+§1-2,p62), 25 (§1,p25), 82 (§1, p50)
Enfin une personne semblait inquiète de ne pas être rémunérée pour son travail	13 (§1,p226),6 (§1-2,p46), 81 (§1-2,p12)
SANTE : BUDGET, PARCOURS DIFFICILE	
La santé représente un budget important pour les personnes en situation d'exclusion, et toutes ne bénéficient pas de compléments santé	5(§3,p2) , 13(§2,p259), 2 (§5,p9), 22 (§1p229 + tableaux), 25 (§2,p20), 28 (§9-10, p82), 30 (§2,p74), 33 (graphique 33, p 77), 38 (p.119), 49 (§3,p595), 51 (§3, S9), 75 (§1,p228), 82 (§1-2-3, p32)
Les professionnels doivent créer un parcours de soins pour leurs patients, ils ont le sentiment que ceci va devenir de plus en plus compliqué	3 (§2,p157), 14 (§1,p5), 21 (§1,p55), 36 (§3,p66) , 36 (§6,p66), 7(§1,p55)

POLITIQUE DE SANTE	
A une période la santé pour tous était prioritaire	4 (§1-2,p13), 13 (§1,p289), 38 (p.119-120), 38(p.123)
On assiste maintenant à une diminution de l'accès aux complémentaires santé	2 (§1-2,p9), 22 (ccl,p234), 23 (article), 5 (§3,p4),22 (§3,p233) , 25 (§1 à 3, p40), 49 (§1,p575), 49 (§3,p583) , 49 (§3, p602)
Le débat sur le tiers payant est donc largement dépassé	5(§1,p1), 5(astérisque 5,p2), 25 (§1,p21), 25 (§1 à 4, p40), 25 (§1,p57), 33 (§4, p26), 49 (p594-595)
PISTES POUR AMELIORER LES CHOSES	
Informier le patient sur les coûts	23 (§4,p230)
Fixer le plan de soins avec le patient	3 (§2,p157), 8 (§6)
Parler d'argent : une solution pour faciliter la relation soignant-patient, qui devrait faire partie intégrante de la consultation	13(§1,p226), 78 (§4,p115)

1) UN PROBLEME NOUVEAU

***Les questions financières rentrent plus en compte aujourd'hui dans l'accès aux soins.**

-« y a 5 ans on avait fait une co-formation , la question d'argent ne venait pas et aujourd'hui elle vient vraiment dans tous les débats sur la question d'exclusion et d'accès aux soins. »

- 77 (§1,p1) : En 2009, 13,5 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté monétaire à 60 % du niveau de vie médian (+0,5 point en un an), soit 8,2 millions de personnes. Cette augmentation fait suite à une relative stabilité au cours de la période 2000-2008, marquée par un point bas en 2004. En 2009, 7,5 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté à 50 % du revenu médian (795 euros), soit 4,5 millions de personnes (+0,4 point en un an).

2) DES PRIORITES AUTRES QUE LA SANTE

***Les personnes en difficulté sont mises face à d'autres priorités (matérielles, familiales...) que la santé.**

-« nos priorités ce sont les enfants, le logement, le transport, l'alimentation, les charges (électricité, téléphone...). »

- 3(§6,p156) : Comment choisir lorsque les revenus sont trop bas? Peut-on choisir? «Je fais soigner mon enfant, la facture de gaz-électricité attendra», mais sans chauffage les problèmes de santé augmenteront ... Le cercle vicieux s'amorce. Et la solution de se rendre aux urgences de l'hôpital le plus proche où on espère être accepté sans déboursier un franc n'en est pas une. Le paiement n'est alors que différé.

-21 (§1,p54) : les patients en difficulté d'accès aux soins ont d'autres priorités que la santé avec au premier plan la nécessité de se nourrir, de se vêtir, de se loger et de trouver un travail. Les consultations médicales sont souvent tardives avec des pathologies prises en charge à un stade avancé et des formes cliniques souvent graves.

*** Certains priorités pouvant être remises en cause par les soignants.**

-« des professionnels ayant l'impression: « ben il pourrait se payer son euro.. son euro de franchise puisqu'il se paye bien son téléphone portable et sa télévision. »

-72 (ccl, p53) : Il y a là, il faut en être conscient, une dénegation non seulement des préférences individuelles, mais du fait que la santé puisse ne pas se trouver au cœur des préoccupations prioritaires de certains groupes sociaux. La stigmatisation des fumeurs est par exemple socialement connotée, et le fait de pouvoir fumer est parfois considéré comme une liberté dans la culture ouvrière. Et il faut se demander si ce n'est pas le caractère insatisfaisant des choix de vie que la société offre, au sens de Sen, à certains de ses membres, qui conduit à ce type de préférences « pour le présent », et si elles n'ont pas de ce fait, une certaine légitimité.

***Cependant la santé reste une priorité pour certains, qui y consacrent une part importante de leur budget.**

-« Je donne plus pour être soigné que pour payer ma location, donc pour moi c'est quand même une priorité de me soigner. »

- 6 (§3,p4) : Les barrières à l'accès aux soins des personnes sans abri ont été relativement bien décrites ces 20 dernières années. Les barrières à l'utilisation des services de soins somatiques sont multiples, alors même que certaines études – comme l'enquête réalisée à San Francisco– concluent, à l'inverse des idées et préjugés habituels, sur la priorité donnée à la santé par les personnes sans chez soi, parfois même avant l'alimentation et le logement.

3) LA SANTE DEVIENT PRIORITE SI DOULEUR

*** C'est la douleur qui rend la santé prioritaire sur tout.**

-« (...)quand il n'y a pas de douleur les personnes exclues peuvent se refuser des soins pour ne pas avoir à dépenser un argent qu'ils n'ont pas. »

-3 (§5,p156) : La pauvreté modifie les priorités mises dans l'affectation des ressources financières du patient. «Ce n'était pas grave, alors j'attendais » est une phrase souvent entendue quand finalement le patient déboule dans un état préoccupant. La non-reconnaissance des symptômes de gravité est fréquente. La priorité n'est pas la santé, à la rigueur elle pourrait être l'absence de maladie.

***Ce qui influence la relation avec les soignants et peut engendrer des reproches de leur part.**

- « avoir des remarques des professionnels de santé parce que justement vous avez pas mis les priorités qui pour lui il était évident que un jour vous auriez très mal et que vous arriveriez en urgence parce que vous avez pas anticipé .»

-6 (§1,p20) : la vie quotidienne des personnes sans domicile et interroge -en miroir- notre regard sur eux, entre compassion et rejet, révolte et impuissance, stigmatisation et culpabilité.

Le retard à consulter est le plus souvent mis sur le compte de facteurs liés aux personnes elles-mêmes : moindre souci porté à sa santé, moindre priorité accordée aux soins de santé par rapport

aux autres besoins fondamentaux et vitaux urgents, méconnaissance du système de soins, etc. Ces facteurs sont toujours mis en avant - et souvent à tort, dans une vision stéréotypée du « sans abri » ou du « clochard ». Le retard à consulter peut également s'expliquer du fait des attitudes des soignants eux-mêmes.

***La priorité due à la douleur aboutit à des prises de décisions onéreuses.**

-« j'ai bien repris votre formule que « la douleur , la peur effaçaient le prix « (..)c'est exactement ça, c'était pouvoir négocier un prix si on a mal ou si on a peur, et ça c'est logique, c'est humain.»

-30 (§2,p73) : C'est que, faute de consulter à temps généralistes ou spécialistes, lorsque le mal est encore bénin, les membres des catégories populaires sont plus souvent que les autres contraintes d'être hospitalisés pour faire face à des pathologies qui se seront aggravées au fil du temps.

-78 (§4,p114) : la surconsommation de soins hospitaliers est due à une sous consommation préalable de soins ambulatoires, exprimant là encore un état de santé plus dégradé du fait d'une consultation tardive et d'urgence aux systèmes de soins.

***Et amène à négliger les maladies chroniques et la prévention.**

-« ça devient une priorité quand c'est de la douleur (..)du coup les maladies chroniques ne sont pas forcément une priorité et encore moins la prévention.»

-3 (§6,p156) : Mais pour grand nombre de personnes défavorisées que je rencontre, le futur n'existe pas ou peu. C'est le moment présent qui compte et qui est déjà assez complexe. Il est difficile de tableur sur le long terme quand l'important est de trouver l'argent pour le loyer du lendemain ou le paiement de la soupe pour l'école. D'où les problèmes de surendettement pour certains, et pour nous médecins, la difficulté d'une prévention efficace.

4) COUT DES SOINS, DEPASSEMENT D'HONORAIRES : limitation pour les patients

***Les dépassements d'honoraires, les tarifs des soignants, leur localisation, limitent le libre accès au médecin.**

-« avant de prendre un RV, on veut prendre un RV on dit « pardon, combien il coute...elle coute la visite ? est-ce que c'est en privé ou est-ce que c'est en public? »

-16 (§8,p1850) : Même si le principal problème dans le renoncement est financier, il ne faut pas occulter le renoncement pour difficulté d'accès pour des raisons de démographie médicale sur le territoire, avec des délais d'attente de plus en plus longs.

***Ce qui amène à des pans entiers négligés.**

-« des pans entiers de la santé sont mis de côté, on parlait notamment podologue, diététicienne, psychologue, opticiens, soins dentaires.. »

-2 (§3-4,p7) : La dernière étude du CREDES sur la santé et la protection sociale en 1996 a montré que 48,8 % des chômeurs ont renoncé à des soins à cause de l'insuffisance des taux de remboursement. Cette population a recours deux fois moins que la moyenne des français au généraliste et que plus d'une personne sur deux vivant du RMI (51,8 %) a renoncé aux soins, notamment dans le domaine

des soins dentaires et de l'optique, pour des raisons financières. Il va sans dire que la diététique n'est pas la préoccupation essentielle et que la malnutrition est de règle.

***Des personnes en situation d'exclusion mais aussi des médecins s'inquiètent de l'impact des dépassements d'honoraire sur le parcours de soins.**

-« les soignants ont également peur des dépassements et des franchises, qui risquent peut être par la suite d'augmenter, parce que justement ce projet de soins va être de plus en plus difficile à élaborer avec le patient parce que les barrières vont être de plus en plus hautes. »

-3 (§9,p154) : Globalement on constate que la consommation en soins de santé diminue au fur et à mesure que les revenus décroissent. Mais, le poids relatif de cette consommation augmente dans le budget du ménage. Et ce sont ces personnes - là qui ont le plus de problèmes de santé. Avec les politiques de maîtrise des dépenses médicales, les inégalités d'accès aux soins risquent d'augmenter.

***Cependant tout n'est pas qu'une question de choix des médecins, il existe des obligations institutionnelles pouvant être limitantes pour les patients, notamment en cas d'hospitalisation.**

-« problème de logiques institutionnelles du fait que l'hôpital peut pas forcément, a pas forcément le choix de garder ou non les gens , qu'il y a des histoires de budget, de personnel, et que ça rentre aussi en compte. »

- 15 (§3-4,p5) : Les obligations (sinon contradictoires, du moins concurrentes) du service public hospitalier obligent à établir des hiérarchies et des priorités dans les choix en particulier budgétaires. Jusqu'ici les arbitrages se sont faits, de façon plus ou moins volontaristes, en faveur des activités biomédicales de pointe les plus spécialisées. Cette tendance est particulièrement accentuée au niveau des CHU qui structurent et servent de modèle à l'ensemble du parc hospitalier. Il est évident que ce type de modèle ne favorise guère la prise en compte des problèmes de santé liés à la précarité. Les hôpitaux se retrouvent donc, contraints et forcés, à l'heure des choix. Se donneront-ils les moyens de répondre aux demandes sociales et sanitaires de la population ou resteront-ils des îlots d'excellence technologique soucieux plus de leur clientèle que de la santé du public ?

5) PRATIQUE LIBERALE, INTERET FINANCIER DES SOIGNANTS

*** Les soignants craignent que le principe du paiement à l'acte crée une suspicion chez les usagers de soins, qui pourraient voir un but lucratif à la multiplication des soins.**

-« l'autre question dans les relation c'est la question du jugement (..)des jugements de valeur, c'est-à-dire qu'à la fois du côté des militants.. l'impression qu'un certain nombre de professionnels se font de l'argent en faisant venir des gens etc.. et ben ils encaissent 23 euros à chaque fois .»

-38 (p.124-125) : De fait, l'économique n'intervient pas seulement dans la variabilité d'accès aux soins, des possibilités offertes, de l'équité des mises à disposition dans la médecine « quotidienne » . Confrontés aux règles du marché, c'est aussi le statut social du médecin et sa représentativité morale qui évoluent rapidement.

***Le rapport à l'argent est de toute façon compliqué dans la relation médecin-malade.**

-« on parle d'argent pour la santé (...)l'argent et la santé ça va pas ensemble. »

-« le fait quelquefois d'être payé, on avait l'impression de devoir quelque chose au patient, et ça mettait quand même certains soignants mal à l'aise, c'était un peu confirmé dans le groupe, et la 2ème chose c'est qu'il y avait quelquefois un climat de suspicion. »

-81 (§3,p28) : La CMU modifie la relation avec les professionnels de santé. (...) elle simplifie à leurs yeux la relation, parce qu'il n'est plus question d'argent. Et pour des personnes impécunieuses, l'évocation financière, stigmatise de leur pauvreté, génère une humiliation supplémentaire.

***Et il existe des soignants qui refusent de s'occuper des personnes en difficultés ou ne suivent pas la législation.**

-« nous avons découvert au plan national que des professionnels de santé ne refusent pas de soigner mais orientent pour aller ailleurs, exemple : allez voir des centres dispensaires qui existent encore sur Paris ou éventuellement des centres de santé mutualistes . En disant « allez les voir, eux ils s'occupent des pauvres. »

-82 (§1, p50) : Plus d'un bénéficiaire de l'AME sur trois a expérimenté un refus de la part d'un professionnel de santé, le plus souvent un médecin ou pharmacien (de nature donc différente des refus de soins des bénéficiaires de la CMUC). Un besoin de soins urgents en lien avec un retard dans l'accès aux soins (principalement engendré par les obstacles financiers et les refus de soins) est observé pour 15% des consultants, près de 50% des personnes hospitalisées.

***Enfin une personne semblait inquiète de ne pas être rémunérée pour son travail.**

-« Peur de ne pas être rémunéré par le patient. »

-13 (§1,p226) : Face à celui qui vient la première question doit être : « de quoi souffrez-vous ? » et non « comment payez-vous ? », même s'il est indispensable de savoir poser la deuxième question pour pouvoir continuer de poser la première.

6) SANTE : BUDGET, PARCOURS DIFFICILE

***La santé représente un budget important pour les personnes en situation d'exclusion, et toutes ne bénéficient pas de complémentaire santé.**

-« si on prend les militants qui sont ici (..)la plupart ont quand même des gros soucis de santé, donc ne peuvent pas travailler, donc relèvent de l'AAH, donc sont au-dessus du seuil, voilà, ils ont pas la CMU et y'a eu un témoignage ce matin de quelqu'un qui a dit que « pour moi, ne serait ce que les cotisations de ma santé c'est 10 % de ce que je gagne. »

-« on arrive à une situation marginalisée de 4 millions 700 000 personnes qui n'ont pas de CMU parce qu'ils n'en sont pas...parce qu'ils sont trop riches, pardonnez-moi le terme, pour la CMU, trop pauvres pour se payer une complémentaire .»

-2 (§5,p9) : La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) doit permettre de passer du droit, juridiquement affirmé à la santé au droit réellement exercé de se soigner. Cette réforme concerne moins la couverture maladie de base dont 150 000 à 200 000 personnes sont exclues que la couverture complémentaire dont est exclu 12 % de la population, soit 7 millions de personnes car l'absence de couverture complémentaire conduit beaucoup d'assurés sociaux à ne pas utiliser leur couverture de base et de ce fait à renoncer aux soins pour des raisons financières.

***Les professionnels doivent créer un parcours de soins pour leurs patients, ils ont le sentiment que ceci va devenir de plus en plus compliqué.**

-« soignants puissent se sentir coupable de devoir prioriser et fixer des objectifs adaptés au patient, adaptés à ses moyens(..)il a pas l'impression de donner les soins maximums qu'il aurait donné à quelqu'un qui a plus de moyens, donc peut être obligé de prioriser et qu'en même temps c'est une qualité attendue pour le soignant (..)fixer des objectifs réalistes(..)qu'il fallait mieux s'adapter à lui (..)ça pouvait être culpabilisant pour le soignant. »

-3 (§2,p157) : Les ressources du patient défavorisé étant par définition faibles, nous devons plus encore éviter le gaspillage d'examen ou de médicaments moins utiles.

-36 (§6,p66) : Plus rarement, les soignants se censurent ou adoptent une conduite différenciée, moins exigeante et plus économe (à court terme) vis-à-vis de publics en difficulté.

7) POLITIQUE DE SANTE

***A une période la santé pour tous était prioritaire.**

-« après la guerre ça a été payer en fonction de ses moyens et être remboursé en fonction de ses besoins, ça s'appelle la sécurité sociale (...)« la santé n'a pas de prix mais elle a un cout »,notez bien parce que c'est toujours d'actualité. »

-« pendant toute une période la population semblait aller dans le sens de : l'égalité des soins pour tous. »

-13 (§1,p289) : L'exclusion des soins, révélées en France dès 1986, a actualisé la carence de filières de soins que l'on pensait sans faille, égalitaires, peu soumises aux aléas de l'économie.

-38 (p.123) : Jusqu'à une période très récente, du point de vue médical, la vie et la santé n'avaient pas de prix, mais une valeur. L'évolution récente nous prouve que la santé et la vie ont bien un prix, infiniment variable au demeurant, que l'on se situe dans l'occident industriel ou dans un pays du tiers monde, dans une classe de revenus ou dans une autre.

***On assiste maintenant à une diminution de l'accès aux complémentaires santé.**

-« aujourd'hui où toute cette partie de solidarité nationale est transférée sur des bases de complémentarité, c'est-à-dire que on réduit la portion de la population, c'est-à-dire celle qui peut accéder à se payer une cotisation, qui elle-même aura un panel d'options qui lui permettront de payer jusqu'à l'honoraire, le dépassement. »

-23 (article) : Aujourd'hui, alors que l'absence de complémentaire est reconnue comme un facteur important de renoncement aux soins, 7% de Français n'en ont pas. La proportion monte à 14.4% parmi les plus modestes. Les associations et le Fonds CMU lui-même plaident pour que soit augmenté le plafond de la CMU-C, dont le fonctionnement est plus connu et plus simple.

Selon les estimations du ministère de la santé, 294 000 personnes pourraient intégrer le dispositif ACS d'ici à la fin 2012. Il n'est cependant pas sûr qu'elles soient aussi nombreuses.

***Le débat sur le tiers payant est donc largement dépassé.**

-« ceux qui ont inventé le tiers payant, c'est-à-dire la non avance d'argent, et ben on pouvait entendre dans une période plus confortable de dire : « y'a pas de prise de conscience de la part du patient, il ne se rend pas compte du coût, donc il...à la limite je le mettrais presque à la marge du consommateur. Aujourd'hui on est au-delà de ce débat. »

-5(astérisque 5,p2) : Le Rapport d'évaluation de la loi CMU plaide pour situer le non-recours à la CMU-C au centre de la thématique de l'accès aux droits : la question de la fraude aux prestations sociales (et des nécessaires contrôles) occupe une place importante dans l'analyse des mises en œuvre des politiques publiques.

Paradoxalement pourtant, et si on se réfère au nombre de personnes concernées, c'est la question du non-recours qui devrait occuper la place première. (FONDS CMU, Rapport n.III : Evaluation de la loi CMU, janvier 2007).

8) PISTES POUR AMELIORER LES CHOSES

***Informé le patient sur les coûts.**

-« Quand vous avez un médecin qui vous indique déjà à qui vous référer, dans quel cadre vous allez être pris, quelle somme vous allez avoir à dépenser, si vous êtes au plus mal vous avez déjà la moitié du chemin qui est fait quand vous êtes en situation d'exclusion »

-23 (§4,p230) : Les médecins mentionnent aussi certains propos tenus par les patients : « Est-ce vraiment nécessaire ? Combien cela va-t-il me coûter ? »

***Fixer le plan de soins avec le patient.**

-« fixer les objectifs avec le patient dès le début des soins : où est ce qu'on va aller, qu'est-ce que je peux vous proposer comme examen complémentaire à faire, combien ils vont vous coûter »

-« le projet patient-soignant (..)s'agit de proposer au patient un balisage. (..)quel acteur avec quel dépassement d'honoraire, pour quel acte, dans quel cadre, euh par exemple c'est un cadrage à l'attention du patient surtout en cas de gros soin. »

-8 (§6) : Serait-ce l'amorce d'une médecine à deux vitesses ?

Non, c'est l'amorce d'une réflexion d'actualité que les médecins devront avoir sur leurs responsabilités vis-à-vis des coûts. Un exemple : nous sommes parvenus à montrer que le traitement d'une tuberculose peut être assuré pour 4 500 F, avec les examens complémentaires nécessaires, la

délivrance gratuite des médicaments pendant six mois et un suivi hospitalier rigoureux (grâce à un logiciel informatique). Cela ne comporte ni scanner, ni fibroscopie, souvent inutiles devant des tableaux cliniques si probants... mais au bout du compte, le malade est tout de même guéri ! Voilà de quoi s'interroger sur nos habitudes de prescriptions multiples d'examen complémentaires, de médicaments coûteux, etc... !

***Parler d'argent : une solution pour faciliter la relation soignant-patient, qui devrait faire partie intégrante de la consultation.**

-« l'usager a réussi à parler d'argent avec le soignant, à lui demander s'il fait des dépassements etc.. Est-ce que c'est difficile pour lui, est ce que c'est humiliant ou pas, ça avait pas l'air de l'être. »

-« d'aborder la question de l'argent (..)je sais pas si c'est évident pour un médecin de se dire que c'est aussi quelque chose qui fait partie de la réussite de l'acte de savoir si la personne elle serait en capacité de payer les soins qui sont proposés et autres. »

-78 (§4,p115) : Les filières spécifiques ou le non-recours résiduel s'expliquent en partie par une inadéquation entre les systèmes de soins classiques et les situations particulières des personnes défavorisées. Dans certains cas, même si l'étape de la consultation a été franchie, elle peut se révéler inefficace : les traitements préconisés, les recommandations pour des examens complémentaires peuvent rester sans effet parce qu'inadaptés aux conditions de vie ou de travail de ces personnes ou encore parce qu'ils ne leur paraissent pas indispensables alors que coûteux, tant financièrement qu'en temps et en démarches diverses.

3) Les dépendances au personnel soignant

DEPENDANCE CHOISIE AU SOIGNANT	
Avoir confiance en soi est primordial pour être acteur dans les choix et les discussions	9 (§7,p30), 7 (§3,p6), 13 (§4,p165), 13 (§2-3-4,p166)
Avoir confiance en son médecin est tout aussi important, tout comme le médecin doit pouvoir faire confiance à son patient	10 (§1,p25), 4 (§4,p83), 4 (§1,p70), 6 (§4,p92+§1p93) ,81 (§4,p24)
Le patient doit être libre dans le choix de ses soignants, dans ses décisions	6 (§4,p65), 6 (§4,p47) , 11 (§2,p27), 2 (§1,p14), 6 (§3,p65), 6 (§8,p145), 82 (§2,p148)
DEPENDANCE SUBIE AU SOIGNANT	
Les patients peuvent ressentir un sentiment d'infériorité, de vulnérabilité face aux soignants, qui peuvent les limiter dans le fait d'être acteur dans leur projet de soins	6 (§4,p108), 12 (§1,p46), 17 (§2,p30), 1 (§5-6,p87), 1 (§4,p88), 13 (§2,p41),6(§1,p20)
Les patients n'ont pas toujours une liberté décisionnelle totale	6 (§1,p39),11 (§3,p27) , 5 (§2,p14), 23 (§6,p238)

L'obligation de déclaration du médecin traitant peut être prise comme une contrainte	14 (§2,p13), 6 (§1,p66), 6 (§3-4,p66) , 82 (§2,p31), 82 (§5,p32)
La multiplication des intervenants autour du patient peut majorer sa dépendance aux soignants	17 (§2,p130), 38 (p155)
Il existe une part de dépendance incompressible dans toute relation médecin-malade	12 (§1,p46), 38 (p200)
DEPENDANCE DES SOIGNANTS	
Les soignants doivent suivre la législation, notamment ce qui concerne la « non-assistance à personne en danger »	5 (§2,p12+\$1,p13), 6 (§2,p59), 6 (§2,p91), 38 (p.155)
Les soignants sont dépendants des logiques institutionnelles	2 (§3,p10) , 6 (§5,p93+\$1,p94), 13 (§1-2,p263), 15 (§3-4,p5), 18 (§6,p53), 13 (§3,p227), 14 (§3,p11), 67 (intro, p352), 67 (§5,p353)

1) DEPENDANCE CHOISIE AU SOIGNANT

***Avoir confiance en soi est primordial pour être acteur dans les choix et les discussions.**

-« démarrer pour les militants avec une confiance en soi, par ce que sans confiance en soi initiale on peut pas participer au débat. »

- 13 (...) : L'exclu d'aujourd'hui a du mal à savoir qui il est, mais en plus, il est sans cesse amené à se demander ce qu'il vaut et si même, il vaut quelque chose. Bousculé dans son identité et atteint dans son estime, il ne peut que douter de lui, ce qui, à l'évidence, ne peut pas le rendre particulièrement pugnace et entreprenant dans un quelconque projet d'insertion. Dans ces conditions, l'échec sera plus souvent au rendez-vous que la réussite.

***Avoir confiance en son médecin est tout aussi important, tout comme le médecin doit pouvoir faire confiance à son patient.**

-« la dépendance ça me choque(..)moi personnellement avec mon médecin c'est la confiance en maître des sentiments, la confiance d'être bien soignée(..)c'est la confiance qui fait qu'on va le voir, et pas la dépendance. »

-81 (§2,p28) : La CMU modifie la relation avec les professionnels de santé. Elle permet tout d'abord de choisir son interlocuteur (« j'ai accès à tous les soins ») (...) Ainsi le discours médical leur paraît alors plus crédible, parce qu'ils ont choisi leur médecin et qu'ils lui accordent leur confiance.

***Le patient doit être libre dans le choix de ses soignants, dans ses décisions.**

-« j'ai demandé celui qui ne fera pas de dépassement d'honoraire, mais j'ai choisi mon soignant, j'ai choisi mon médecin traitant, et quand je vois un médecin, après la 1ère visite, si j'ai pas confiance, le médecin il ne me revoit pas. Je choisis. »

-2 (§1,p14) : Il faut surtout éviter de faire du malade en situation de précarité des assistés chroniques, incapables d'initiatives et attendant tout de l'aide extérieure. Cette formule un peu brutale devrait résumer la situation : « Les aider oui, les assister, non. »

2) DEPENDANCE SUBIE AU SOIGNANT

***Les patients peuvent ressentir un sentiment d'infériorité, de vulnérabilité face aux soignants, qui peuvent les limiter dans le fait d'être acteur dans leur projet de soins.**

-« sentiment que en face de soi quand on est militant, donc en l'occurrence dans la précarité, on a quelqu'un qui se sent supérieur à nous et que nous on se sent tout petit. »

-« regard stigmatisant des soignants »

-12 (§1,p46) : Un sentiment de supériorité

(...)Ce versant positif du sentiment de supériorité peut être contrebalancé par le risque d'en abuser auprès des patients et de leur famille. Face à des interlocuteurs étrangers au milieu médical et à leur « jargon », face à la maladie et à la douleur, face aux interrogations avouées ou tues, laisser ce sentiment dominer la relation de soins finirait par produire l'effet inverse de celui souhaité. Une relation de confiance exige bien sûr pour le patient de se sentir dans « des mains compétentes » mais elle demande aussi un certain partage des connaissances sur la maladie et l'établissement d'une collaboration active dans la démarche de soins. Une supériorité trop marquée vis-à-vis du patient le maintiendrait dans une dépendance qu'il peut d'ailleurs de lui-même rechercher. Tendre à une meilleure autonomie deviendrait par conséquent plus difficile.

*** Les patients n'ont pas toujours une liberté décisionnelle totale**

-« la personne semblait répondre, répondre facilement à la demande du soignant (..)un des militants a dit : « mais de toute façon si elle répond de cette façon-là c'est parce qu'elle a pas d'autres possibilités. »(..) est-ce qu'on l'accepte parce qu'on est en confiance, ou est ce qu'on l'accepte parce qu'on n'a pas d'autre possibilité, on est dans une dépendance au médecin. »

-11 (§3,p27) : quand ils arrivent dans un service hospitalier il n'est pas rare que leurs choix, leurs normes, leurs paroles aient peu d'importance et que « nous », monde hospitalier, nous donnions le droit de décider pour eux. Cela m'évoque mon ressenti d'ancien médecin urgentiste hospitalier, consultant et prescrivait selon les données de la médecine en sachant que mon ordonnance se retrouverait rapidement dans le caniveau.

*** L'obligation de déclaration du médecin traitant peut être prise comme une contrainte**

-« le fait de déclarer un médecin traitant, ça peut être pris comme une contrainte, et du coup une dépendance subie. »

-14 (§2,p13) : Au niveau du parcours de soins coordonné par le médecin traitant, il n'existe pas d'évaluation qualitative. Pour les personnes démunies, la poursuite de ce parcours est une réelle difficulté car un très petit nombre de celles-ci consulte un médecin traitant. Des conditions de vie pénibles changent les sens des priorités : le logement et l'alimentation prennent le pas sur les besoins sanitaires. La santé devient une préoccupation secondaire.

***La multiplication des intervenants autour du patient peut majorer sa dépendance aux soignants.**

-« pleins d'intervenants autour du patient, ça peut... ça peut le bloquer un petit peu dans son... ben dans sa prise en charge, dans son autonomie(...) »

-38 (p155) : La première consultation à l'hôpital est toujours une source d'angoisse parfois fortement irrationnelle. Le nomadisme entre les services et la multiplication des interlocuteurs y concourt, multiplie en fait les silences et les désinvoltures : le patient se sent devenir un passant. Son besoin de dialogue n'en devient que plus important. Et on voit cela aussi bien chez le malade instruit et revendicatif que chez le patient intimidé et soumis.

***Il existe une part de dépendance incompressible dans toute relation médecin-malade.**

-« y'a quand même une dépendance plus ou moins obligée dans le sens où un patient qui vient voir un médecin est quand même dans une situation où il vient voir quelqu'un qui a des connaissances supplémentaires .»

-12 (§1,p46) : Un sentiment de supériorité

Il est fondé sur l'action auprès du malade qui est souvent assis ou alité ; sur le port de la blouse qui marque une fonction valorisée ; sur un certain savoir paramédical ; sur une autorité professionnelle que confère le rôle de soignant ; sur l'exécution de quelques gestes techniques. Ce sentiment donne la confiance en soi indispensable à la relation de soins et à l'exécution des tâches qui en découlent.

3) DEPENDANCE DES SOIGNANTS

***Les soignants doivent suivre la législation, notamment ce qui concerne la « non-assistance à personne en danger.**

-« je suis bien obligé de le protéger contre lui-même, et si j'ai pas de conscience, j'ai aussi la loi qui me rappelle ça, donc finalement c'est pas un levier sur lequel nous, j'ai l'impression, on peut beaucoup travailler .»

- 38 (p.155) : « si le danger que court la personne apparaît vital, un danger immédiat de surcroît, il nous faut, nous médecins, honorer les règles de la déontologie, intervenir en passant outre l'avis du patient, s'il en a un. C'est le cas extrême. Et il y en a bien sûr souvent, depuis l'accident, le suicide, jusqu'au SDF épuisé qui risque la mort à chaque heure de plus qu'il passera dans la rue... Dans ce dernier cas, le SAMU social intervient. Les conditions qui lui imposent l'intervention sont strictes et la personne en danger n'a pas le choix. De manière générale, il faut qu'il y ait un danger grave, constant, et nécessitant une intervention immédiate. Mais si l'urgence n'est pas absolue, si le danger n'est pas vital, on ne peut pas forcer quelqu'un à se soigner, sauf peut-être en cas de démence. On doit le convaincre, il faut tout tenter pour cela, mais on ne peut pas le contraindre. Pour obtenir le consentement du malade, l'information que nous livrons, la communication que nous lui faisons de notre diagnostic doivent être aussi claires, aussi compréhensibles, que respectueuses de sa volonté.

***Les soignants sont dépendants des logiques institutionnelles.**

-« problème de logiques institutionnelles du fait que l'hôpital peut pas forcément, a pas forcément le choix de garder ou non les gens, qu'il y a des histoires de budget, de personnel .»

- 6 (§5,p93+§1,p94) : Avec la volonté de diminuer la durée moyenne de séjour, la tension entre logique soignante et logique comptable devient particulièrement problématique quand les personnes n'ont d'autres solutions que de retourner à la rue à la sortie de l'hôpital.

4) Les peurs et violences dans la relation médecin-malade

PEURS DES PATIENTS	
Les patients présentent de multiples inquiétudes, appréhensions, face aux soignants. Nous pouvons citer en particulier :	
L'appréhension à consulter, il est difficile pour une personne en difficulté de s'occuper de sa santé	6 (§3,p19), 9 (§4,p30), 9 (§5,p31), 13 (§1,p39), 6 (§4,p19), 14 (§3,p2 + §1p3), 14 (§3,p13), 15(§4,p10), 10 (§6,p24), 10 (§7,p25), 11 (§2,p26), 2 (§4,p13), 14 (§4,p15), 6 (tableau p54), 78 (§1,p116)
L'appréhension de ne pas trouver sa place dans la relation	5 (§1,p10), 9 (§7,p30), 17 (§2,p17), 17(§3,p24), 3 (§1,p156), 82 (§2,p150)
L'appréhension du diagnostic	82 (§2,p123)
Parler de ces inquiétudes pourrait être une solution pour les diminuer	38 (p.154)
PEURS DES SOIGNANTS	
Les soignants quant à eux ont aussi des appréhensions, des inquiétudes vis-à-vis des patients, comme par exemple :	
La peur de l'agressivité, de la violence	2 (§6,p13), 13 (préface, XIII), 8 (§2), 17 (§2,p30), 13 (§2,p227), 32 (§1-2,p60), 70 (§2,p583)
L'appréhension d'être surestimé, d'impressionner	12 (§1,p146) , 38 (p203)
La peur de ne pas être à la hauteur des demandes des patients	4 (§1,p27), 14 (§4,p21), 14(§2,p22), 14 (§2-3,p22),23 (§1,p237), 38 (p147), 38 (p200)
Ils sont aussi inquiets pour les patients du risque d'une médecine « à 2 vitesses »	4 (§4,p26), 18 (résumé p52), 18(§6,p55),13 (§2,p5), 44 (§3,p49), 44 (§3,p51), 44 (ccl, p57), 48 (§2,p36), 64 (§2,p206), 64 (§3-4,p210)
PEURS COMMUNES	
Patients et soignants s'inquiètent tous 2 du risque de ne pas se comprendre	14 (§3,p24)
PARCOURS DE SOINS : LUTTE, COMBAT	
Le parcours de soins est représenté comme une lutte par les militants	5 (§2,p7), 5 (§2,p14), 10 (§4,p25), 14 (§3,p4+§1,p5), 14 (§2-3,p15) , 16 (§8,p1850), 6 (§2,p109) , 24 (§3,p13), 38 (p.66) , 57 (§2-3,p175), 82 (§3,p95)
CAUSES DES VIOLENCES	
L'absence de reconnaissance, de statut des personnes en difficulté peut engendrer de la violence	3 (§1,p156), 6 (§4,p27), 6 (§3,p44), 6 (§6-7,p45),6 (§1, p59,6 (§4,p59), 24 (§4,p5)
Les difficultés relationnelles entre patient et soignant peuvent être aussi causes de violence	12(§1,p143), 6 (§3,p113), 17 (§1,p31),17 (§1,p57), 17 (§2,p15), 6 (§3,p71), 6 (§5,p25), 38 (p141)
Les dispositifs de santé peuvent être lourds, contraignants pour les patients , et engendrer de la violence qu'il faut s'efforcer d'éviter en l'anticipant	6 (§4,p28), 10 (§6,p24), 15 (§3,p23),6 (§2,p50) , 21 (§2,p55), 11 (§4,p26), 6 (§3,p25), 6 (§2,p26)
Des solutions pourraient être mises en place pour « désactiver »cette violence	6 (§1,p71), 12 (§1-2,p130), 12 (§3,p13+ p134), 38 (p,115), 38 (P,116), 38 (p137)

1) PEURS DES PATIENTS

Les patients présentent de multiples inquiétudes, appréhensions, face aux soignants. Nous pouvons citer en particulier :

***L'appréhension à consulter, il est difficile pour une personne en difficulté de s'occuper de sa santé.**

-« c'est difficile pour un militant de faire le 1er pas déjà..(..)il faut franchir la porte, déjà prendre un téléphone pour prendre un RV, et franchir la porte des fois on s'y prend à plusieurs fois hein, des fois on arrive devant la porte et puis on se dit « ben non, je repars , j'irais une autre fois. »

-14 (§3,p13) : Les conditions de vie précaires engendrent le dépréciation de soi, annihilent les sensations de douleur et conduisent à sous-estimer les problèmes de santé.

-2 (§4,p13) : Ce premier pas n'est pas toujours simple tant pour le malade impécunieux qui n'ose pas, a honte, et rechigne à s'adresser au médecin.

***L'appréhension de ne pas trouver sa place dans la relation.**

- « peur d'être humilié, la peur de ne pas avoir d'argent pour assumer les frais, la peur d'être blessé par les mots, d'être jugés, et surtout par le ton, d'être blessé, de donner l'impression de ne rien comprendre, d'être bête, (...), peur d'être dans le brouillard, des 2 côtés, de ne pas se comprendre, peur des réactions de l'autre, peur du regard des 2 côtés car l'on ne se regarde pas. »

- 3 (§1,p156) : Une personne précarisée a souvent honte de sa pauvreté, elle craint d'être stigmatisée. Elle doit se sentir accueillie telle qu'elle est, entendue, reconnue et acceptée.

-82 (§2,p150) : enquête dite Précalog, auprès des consultants de 80 centres de soins gratuits en France, avec près de 600 patients (...) une appréhension et une méfiance à l'égard des médecins sont observées : une personne sur huit déclare avoir peur d'aller chez le médecin, plus une personne déclare de problèmes avant 18 ans, et plus cette peur du médecin est présente.

***L'appréhension du diagnostic.**

-« peur que le professionnel va lui dire, d'apprendre la maladie ou tout autre problème qu'il peut avoir. »

-82 (§2,p123) : « Et puis les médecins, je suis pas trop attiré par eux...J'ai toujours peur qu'ils me découvrent quelque chose de... »

***Parler de ces inquiétudes pourrait être une solution pour les diminuer.**

-« est ce qu'un levier ça serait au préalable de pouvoir parler de ses peurs ? C'est-à-dire que le militant puisse commencer son entretien en disant voilà, j'ai peur de pas pouvoir avoir les bons mots pour dire de quoi je souffre, j'ai peur que vous n'ayez pas le temps de m'écouter, j'ai peur de ci de ça. »

-38 (p. 154) :Mais informer, diagnostiquer, c'est aussi engager des responsabilités, des partages, et des dialogues qui seuls permettent une prise en compte réelle des personnes et des risques. Dans les

pratiques quotidiennes, la transmission du diagnostic et l'information du risque thérapeutique génèrent tout à la fois une crainte de la responsabilité et un défaussement de cette responsabilité. Cette ambiguïté se révèle redoutable, elle crée suspicion et incompréhensions, ouvre la voie à toutes les caricatures et exagérations qu'engendre alors la conviction « qu'on nous cache quelque chose ». [...] L'information du patient, qu'elle soit banale ou sensible, qu'elle se dévoile dans le secret médical du « colloque singulier » ou par des protocoles plus ouverts, ne peut qu'être fondée sur la volonté d'un partage respectueux de la connaissance de la réalité et donc des risques.

2) PEURS DES SOIGNANTS

Les soignants quant à eux ont aussi des appréhensions, des inquiétudes vis-à-vis des patients, comme par exemple :

***La peur de l'agressivité, de la violence.**

- « *Peur aussi de l'agressivité donc qui peut être verbale, parfois physique, et peur de ne pas réussir à la contenir.* »

-13 (préface, XIII) : depuis 10 ans, on trouve qu'ils sont plus nombreux, trop présents, agressifs, sources de tension et de conflits, ces malheureux pour lesquels les médecins qui ont rédigé ce livre, ont décrit un nouveau syndrome : celui de la précarité.

***La crainte d'être surestimé, d'impressionner.**

-« *peur des professionnels d'être ressenti comme quelqu'un de tout puissant pouvant répondre à la personne.* »

-38 (p203) : Comment assumer une mission à ce point complexe qui ne peut être envisageable que dans le cadre d'une relation de confiance dont la signification engage les intervenants souvent au-delà de leurs possibilités et de leurs compétences ? Comment concevoir cette relation qui se doit d'être personnelle - elle évolue naturellement dans la proximité et l'intime parfois même au-delà de la seule prise en charge directe de la personne, en y incluant ces proches – en préservant une juste présence, une bonne proximité, mais aussi en la soumettant aux règles d'une prise en charge dans le cadre d'une équipe nécessairement pluridisciplinaire ? Comment distribuer au mieux de l'intérêt de la personne ce qui relève du traitement social de sa situation qu'il convient de distinguer du suivi strictement médical ? Comment éviter de se substituer à la personne dans les déficits que l'on constate et qui compromettent à priori l'expression de son libre arbitre ? Doit-on imposer des règles intangibles aux conditions de prise en charge au sein de l'institution, par exemple un sevrage, l'interdiction de circulation des substances prohibées, avec la menace d'exclusion du champ thérapeutique les contrevenants ?

*** La peur de ne pas être à la hauteur des demandes des patients.**

-« *peur d'être envahi(...)par les difficultés qu'elles peuvent vivre, parce qu'on est tous humains(...)contaminé par la situation difficile.* »

-« il faut quand même pas qu'on s'effondre devant les situations de vivre des personnes et qu'il faut quand même que voilà, on soit pas envahi par cette inquiétude pour la personne. »

- 14 (§4,p21) : Face à la détresse et à la misère humaine, certains se disent démunis. « On ne sait pas toujours quoi répondre, on se sent mal à l'aise...C'est dur parfois, et nous on est là...J'ai l'impression d'être inutile.. » Leurs réponses oscillent bien souvent entre sollicitude et indifférence. Comment faire preuve de professionnalisme en de telles circonstances? Seules les assistantes sociales rencontrées se disent toutes prêtes et suffisamment formées pour aborder ces questions difficiles.

***Ils sont aussi inquiets pour les patients du risque d'une médecine « à 2 vitesses ».**

-« soignants ont également peur des dépassements et des franchises, qui risquent peut être par la suite d'augmenter (...)parce que les barrières vont être de plus en plus hautes. »

-18 (résumé p52) : Au moment où se met en œuvre une tarification à l'activité à 100%, les handicaps sociaux risquent d'être de moins en moins pris en charge dans les établissements publics de santé car il n'y a pas de financement prévu à cet effet. La prise en charge médicale des patients présentant des difficultés sociales et le principe de solidarité sont interrogés.

3) PEURS COMMUNES

***Patients et soignants s'inquiètent tous 2 du risque de ne pas se comprendre.**

-« peur de ne pas se rencontrer et de ne pas pouvoir rentrer vraiment en communication, on est .. notamment avec des difficultés à s'exprimer, à poser des mots. »

-14 (§3,p24) : D'autres limites apparaissent encore. L'ensemble des démarches entreprises ne génère pas obligatoirement un résultat probant. Les personnes démunies en partie désocialisées, n'obéissent pas aux mêmes règles de conduite et de vie que la population générale. Ainsi la notion d'image de soi a perdu de son sens : « ... Les gens qui ne sont plus regardés ne se regardent plus. Ils abandonnent l'idée même de leur propre représentation et des soins nécessaires à leur propre corps.. » La notion de temps est également différente : « dans l'exclusion le temps disparaît » Tous les efforts fournis peuvent n'avoir aucun résultat. Les assistantes sociales souffrent alors de découragement et d'un manque de reconnaissance de la part des usagers, mais aussi de la part des équipes hospitalières qui n'ont pas toujours conscience de leur charge de travail, et qui pensent « normal » leur implication et leur investissement. Tout ceci peut aller jusqu'à engendrer de la fatigue et un certain épuisement professionnel.

4) PARCOURS DE SOINS : LUTTE, COMBAT

***Le parcours de soins est représenté comme une lutte par les militants.**

-« militants par exemple nous ont parlé de leur parcours de santé(...)sur une photo d'un jeune homme devant une barricade avec du feu au loin, et en disant que finalement un parcours de santé c'était aussi...c'était une lutte(...)ça renvoyait quelque chose de violent »

-14 (§3,p4+§1,p5) : il est apparu clairement que la prise en charge des personnes vulnérables est une priorité de santé publique déclinée dans un dispositif législatif et réglementaire qui renforce les missions sociales de l'hôpital. Toutefois, des blocages subsistent encore pour une prise en charge de qualité, et le parcours de soin comme le parcours patient demeurent semés d'embûches, les personnes en situation de précarité restent confrontées à de nombreuses difficultés.

5) CAUSES DES VIOLENCES

***L'absence de reconnaissance, de statut des personnes en difficulté peut engendrer de la violence.**

-« le statut des professionnel est très protecteur, et que les militants n'ont pas ce statut, n'ont pas de statut, et n'ont pas de protection, ils n'ont pas de bouclier.

-6 (§3,p44) : Les consultations spécialisées à l'hôpital constituent un autre exemple de dysfonctionnement de la prise en charge de ces personnes à l'hôpital. Les délais de rendez-vous sont singulièrement longs pour elles, quand elles ne sont pas purement et simplement renvoyées vers les Urgences (d'où elles viennent souvent) sans que personne ne se soucie de savoir pourquoi, découragées, elles ne se « plient » pas à l'orientation qui leur avait été proposée.

***Les difficultés relationnelles entre patient et soignant peuvent être aussi causes de violence.**

-« causes de la violence entre les professionnels et des militants (.).ne pas avoir les mots pour exprimer un ressenti, une douleur, une attente ; le manque de tenue de ses engagements ; ressentir chez l'autres euh...de la peur à son égard . L'angoisse, l'inquiétude, une mauvaise estime de soi difficile à avouer.»

-6 (§3,p113) : Les professionnels « classiques » ont du mal à percevoir les besoins spécifiques des personnes sans abri. Ils sont souvent méfiants et supposent que les « SDF » n'expriment pas de besoins. Une littérature scientifique abondante souligne combien il existe une résistance de certains professionnels à travailler avec ce type de clientèle. Ceux-ci ont alors des attitudes méprisantes qui contribuent à éloigner ce public du système de soin. Le système de soin classique ne prend pas spécifiquement en compte les besoins des personnes sans abri, ni le fait que les intervenants doivent avoir à la fois une connaissance de la vie dans la rue et des risques sanitaires que cela entraîne (maladie somatique et mentale sévères, addictions) et des qualités personnelles leur permettant de travailler avec les personnes sans chez soi.

***Les dispositifs de santé peuvent être lourds, contraignants pour les patients, et engendrer de la violence qu'il faut s'efforcer d'éviter en l'anticipant.**

-« être vigilant à la violence que peuvent induire les dispositifs, les dispositifs de santé, les dispositifs sociaux .»

-6 (§4,p28) : Les contacts obligatoires et répétés avec des institutions, face auxquelles la personne doit se justifier systématiquement afin d'accéder au minimum vital, sont des expériences qui peuvent être vécues comme des moments de violence. De nombreuses personnes abandonnent les

démarches, pour éviter de vivre et revivre ces moments humiliants. Ces interactions sont vécues de manière violente (...).

***Des solutions pourraient être mises en place pour « désactiver » cette violence.**

-« des solutions, des leviers (..)poser des mots M.O.T.S sur des maux M.A.U.X. (...)calme qui désarme la violence pour ne pas rentrer dans une escalade de... des peurs qui se répondent l'une à l'autre, de l'agressivité, de la violence.»

-38 (p.116) : révolutionner les principes et les pratiques, c'est concevoir aussi autrement les risques et les responsabilités .C'est informer autrement les patients en leur accordant la dignité du consentement, en leur garantissant, autant que faire se peut, un accès compréhensible à leur propre capacité de choix et de décision, en ne soumettant plus la faiblesse et la maladie au pouvoir d'un savoir impartageable.

DISCUSSION :

1) Choix du sujet :

Le concept de co-formation a été lancé en 1996 par ATD Quart Monde. Depuis le réseau REVIH- STS a utilisé ce type de formation à plusieurs reprises en lien avec la santé.

En 2010, un premier travail de thèse a été effectué sur le changement des représentations et des pratiques des professionnels ayant participé à une co-formation.

Suite à ce travail, il était intéressant d'aborder un autre angle des co-formations, celui de l'outil de recherche, afin de savoir si le croisement des savoirs produit des connaissances nouvelles.

La co-formation « Santé et Précarité » réalisée en mars 2011 a donc été le sujet de cette recherche.

Cela me donnait l'occasion de participer à une formation sur un sujet qui m'intéresse et auquel j'accorde beaucoup d'importance, d'améliorer mes connaissances sur le milieu de la précarité, et d'effectuer ce travail de recherche, sur la production de nouvelles données théoriques par une co-formation.

2) Aspect éthique

A l'initiation de ce travail, un problème éthique s'est posé, sur la possibilité d'exploiter les données issues de la co-formation. Au départ, l'idée était d'enregistrer la totalité des journées de co-formation.

Cependant, la charte concernant les co-formations, définie dans le « Croisement des savoirs » [88], garantit que les militants qui s'engagent dans une co-formation ne seront pas dépossédés de leurs savoirs, leurs compétences, leur reconnaissance qu'ils acquièrent en travaillant avec d'autres. Elle a pour but de « sécuriser » les échanges des militants et de leur permettre d'élaborer et de donner librement leur réflexion sur leur milieu, mais également sur le monde qui les entoure et qui leur fait subir cette exclusion.

Il n'était dès lors pas possible de participer à la co-formation dans le but de recueillir et d'utiliser des éléments de réflexion produits par les acteurs, la maîtrise des connaissances produites par les acteurs-auteurs étant assurée par le processus de croisement.

Par contre, la production formalisée, validée, restituée par le groupe était quant à elle exploitable, au même titre que toute autre publication.

Il fallait donc s'assurer que la production soit validée par le groupe et que les militants n'en soient pas dépossédés. La séance plénière de synthèse et la séance de restitution des données de la co-formation correspondant à ces critères, nous ont parues bien adaptées.

L'accord des participants a bien entendu été demandé, et tout le monde a été informé du projet de travail de thèse avant d'enregistrer la journée de synthèse et de restitution, et de la retranscrire.

Enfin le verbatim obtenu a été anonymisé.

3) Apports de ce travail

- Avec ce travail, nous avons montré que la co-formation « Santé et Précarité » n'avait pas apporté de données nouvelles par rapport à la littérature sur la santé des personnes en situation de précarité.

Le thème de la précarité a déjà été beaucoup travaillé dans la littérature, on trouve de nombreux ouvrages qui traitent de l'économie et de la santé, de l'inégalité d'accès aux soins, des difficultés des personnes en situation de précarité...

Et certainement d'autant plus qu'avec la promulgation de la loi du 29 juillet 1998 [89], ainsi que la loi du 9 août 2004 [90], la lutte contre les exclusions est devenue une priorité de santé publique.

L'avis des personnes vivant dans la précarité et des professionnels qui travaillent avec eux ont déjà été utilisés dans certains ouvrages, à travers des récits d'expérience, des interviews... Même si le concept de co-formation est innovant, la prise en compte de l'expérience vécue est déjà connue.

D'ailleurs, les mémoires et thèses de la bibliographie utilisent pour certains la méthode qualitative à travers des interviews de professionnels et de personnes en situation de précarité, pour comprendre le sens que les individus attribuent à leurs actions.

La méthode qualitative reste je pense la méthode qui était la mieux adaptée à l'analyse de nos données. Cependant le thème de la santé et de la précarité étant vaste et ayant déjà été largement « quadrillé » dans la littérature existante, les chances d'obtenir des données théoriques nouvelles avec la co-formation « Santé et Précarité » étaient maigres.

Si l'on considère les choses sous un autre angle, toutes les données issues de cette co-formation, si elles ne sont pas novatrices, sont par contre bien connues de la littérature. Cela peut être vu comme un gage de qualité des échanges pendant ce type de formation.

On peut aussi se demander si apporter des nouvelles données théoriques est le but principal d'une co-formation, étant donné que son objectif est plutôt un croisement des pratiques et des savoirs tant des professionnels que des personnes en difficulté, dans une interaction mutuelle, à partir du vécu des participants.

Un travail de thèse précédent avait montré qu'une co-formation permettait une expérience et des échanges humains riches, et c'est finalement l'intérêt principal d'une co-formation, au-delà de la production de nouvelles connaissances.

Une co-formation ne permet peut-être pas d'échanger sur des thèmes nouveaux, des découvertes, mais c'est la façon d'aborder ces thèmes, à travers les expériences personnelles, les connaissances réciproques, les croisements de savoirs et de pratiques, qui est novatrice en soi, et apporte une dimension humaine, personnelle et ludique à ces échanges.

En résumé,

- 1) Une co-formation peut ne pas apporter de nouvelles données théoriques.
 - 2) Le thème de la santé et de la précarité est trop vaste, et a déjà été largement travaillé.
 - 3) L'intérêt principal d'une co-formation est probablement différent de celui qui a été recherché avec cette étude: la production de connaissances nouvelles, mais réside plus dans son concept: des échanges humains riches, un partage d'expérience.
- Si l'on se réfère à la définition, une méthode de recherche en sciences humaines est une procédure définie utilisée en vue de développer la connaissance scientifique de phénomènes humains [91].

Une co-formation est une méthode bien définie de formation, basée sur le croisement des savoirs et des pratiques.

Son but est que chaque participant, en étant formateur et formé, apporte ses connaissances et ses analyses. Cela doit permettre de chercher ensemble les difficultés et des pistes de solution, et donc de mieux maîtriser nos représentations et les rapports humains.

Une co-formation correspond donc bien à une méthode de recherche, dans la définition, même si avec ce travail nous n'avons pas montré d'apport théorique nouveau par la co-formation. D'autres études seraient nécessaires pour compléter cette idée.

4) Limites et biais

- Une des difficultés de ce travail a été l'impossibilité de retranscrire par écrit la spontanéité des réactions, l'énergie des débats, le côté ludique de la co-formation.

En effet, le verbatim est la retranscription des synthèses obtenues dans chaque groupe et rediscutées en commun. Cela a permis de valider par le groupe la synthèse et la restitution, mais des données ont donc forcément été perdues car non enregistrées, que ce soit lors de séances communes lors des deux premiers jours, ou au sein des discussions en petit groupe.

Le verbatim obtenu est certainement plus « formel », moins spontané que si nous avions retranscrit la totalité de la co-formation, dont le principe de base est l'interactivité et la liberté de parole pour tous.

Du point de vue de la recherche, ce « biais » de recueil de données influe probablement sur les conclusions de ce travail. Peut-être qu'en enregistrant la co-formation dans sa totalité des données supplémentaires, voire même novatrices, seraient apparues. Cependant en utilisant seulement les moments de synthèse pour le recueil de données, la charte éthique des co-formations a été respectée, point qui était évidemment primordial.

- Une autre limite à ce travail est le fait que les données n'aient été analysées que par un seul relecteur, sans expérience préalable dans l'analyse qualitative.

Cependant, pour pallier à cette limite, le verbatim correspondant à la retranscription de l'intégralité des enregistrements, est consultable en annexe.

Par ailleurs, la méthode d'analyse des données a été explicitée, dans le but de la rendre reproductible.

5) Ouvertures

- Un point important à retenir est le besoin, la nécessité de formation des professionnels à la prise en charge des patients en situation de précarité.

Cette notion issue de la synthèse de la co-formation, mais aussi le nombre de participants du côté des professionnels de santé, leurs réactions positives à cette formation originale, et les nombreuses données de la littérature faisant références à cette nécessité de formation des professionnels en sont les témoins.

- Etudier les co-formations comme outil pédagogique dans la formation initiale ou continue des soignants pourrait être l'objet d'un prochain travail.

Titre : « La santé des personnes en situation de précarité : une co-formation fournit-elle des apports théoriques nouveaux par rapport aux données de la littérature ? »

CONCLUSION :

Le concept de co-formation a été développé par le mouvement ATD Quart Monde à partir de 1996.

Ce principe de formation, basé sur le croisement des savoirs et des pratiques, a pour objectif de partager et mieux comprendre les logiques et les représentations des uns et des autres. Le but est de favoriser une transformation des rapports humains et des pratiques, pour permettre une prise en charge adaptée des personnes en situation de précarité, avec leur participation active.

La co-formation « Santé et Précarité » a permis la rencontre d'une trentaine de professionnels de santé et d'une dizaine de militants (personnes vivant en situation de précarité et engagées dans la lutte contre la pauvreté) en mars 2011.

Suite à un précédent travail de thèse sur les changements de représentations et de pratiques des professionnels ayant participé à une co-formation, il était intéressant d'aborder un autre angle des co-formations, celui de l'outil de recherche.

A partir de la co-formation « Santé et Précarité », nous avons cherché à savoir si celle-ci fournissait des apports théoriques nouveaux sur la santé des personnes en situation de précarité par rapport aux données de la littérature.

Dans un premier temps, la synthèse et la restitution de cette co-formation ont été enregistrées puis retranscrites sous forme d'un verbatim.

Puis, grâce à une méthode qualitative d'observation directe, nous avons pu analyser ce verbatim et en extraire les données issues de cette co-formation.

La recherche bibliographique effectuée a permis d'obtenir au moins une référence littéraire pour chacune de ces données.

Dans ce sens, cette co-formation n'apporte pas de données théoriques nouvelles sur la santé et la prise en charge des patients en situation de précarité.

Cependant, dans sa définition, une co-formation correspond bien à une méthode de recherche.

De plus elle permet en l'espace de trois jours de formation d'aborder un grand nombre des idées retrouvées dans la littérature, des plus évidentes (la nécessité d'une relation de confiance entre professionnel et patient, la notion de priorités autres que la santé...) aux moins connues (l'appréhension des patients à consulter, la stigmatisation...).

D'ailleurs cette « redondance » des idées entre la co-formation et la littérature peut aussi être vue comme un gage de qualité de ce type de formation.

Finalement c'est dans la façon d'aborder les thèmes, à travers les expériences personnelles, les connaissances réciproques, les croisements des savoirs et des pratiques, qu'une co-formation est innovante, et permet des échanges humains riches.

On retrouve dans la co-formation « Santé et Précarité » et dans la littérature la notion de manque et de besoin de formation des professionnels vis-à-vis des questions de précarité, questions pourtant de plus en plus présentes dans tous les domaines de la santé.

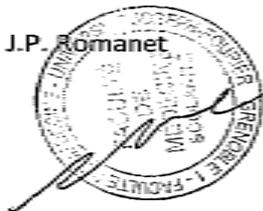
Au vu de cette demande, il pourrait être intéressant dans un futur travail d'étudier la méthode de co-formation comme outil pédagogique dans la formation initiale ou continue des professionnels de santé.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 18/09/2012

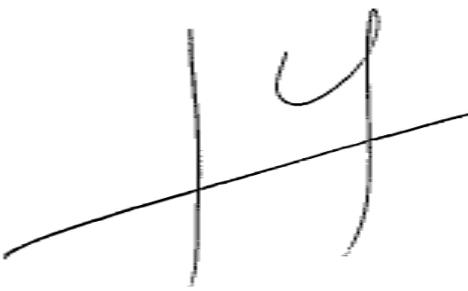
LE DOYEN

J.P. Romanet



LE PRESIDENT DE LA THESE

Pr T. Bougerol



BIBLIOGRAPHIE

- 1) Forichon Emmanuel, « Santé et précarité(s) : comment surmonter la socioparésie de la santé publique ? », Empan, 2005/4 no 60, p. 86-90.
- 2) M. Ducloux, « Rôle du médecin face à la précarité », rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'ordre des médecins, 5/6/99.
- 3) V. Du Parc, « Le médecin et les populations défavorisées », Louvain Med 121, 2002 ; 153-158.
- 4) Brigitte Landangier, « La collaboration entre travailleurs sociaux et soignants sur les problématiques de précarité et de santé », Mémoire pour IRTESS (Institut Régional Supérieur du Travail Educatif et social), 2004.
- 5) Antoine Rode, « La construction du non-recours aux soins des populations précaires et ses enjeux de légitimité », La légitimité des politiques sociales en question (IEPG), 2008.
- 6) Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin, « La santé des personnes sans chez soi », Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen, Novembre 2009.
- 7) I. Agin, « Problèmes et besoins de santé des personnes en situation de précarité : réponses du pôle accès aux soins du réseau de santé de Créteil et place des généralistes : la Pass du CHIC », Thèse de médecine (Créteil), 2005.
- 8) D. Farge, « Face à l'exclusion les médecins doivent se former », Bulletin de l'Ordre des Médecins, Février 2000.
- 9) F. Rigaut, P. Saunier, M. Joly, « accompagner les sans domicile fixe dans un projet global de santé », La santé de l'homme, mars avril 2006 ; n° 382.
- 10) Elisabeth Rivollier, « Permanence d'accès aux soins de santé : une passerelle vers les personnes précarisées », La santé de l'homme, mars avril 2006 ; n°382.
- 11) P. Lacroix-Cornier, : « face à la grande précarité, la participation, gageure ou leurre ? », La santé de l'homme, mars-avril 2006 ; n°382.
- 12) Alexandre Manoukian, Anne Massebeuf, « La relation soignant-soigné », éditions Lamarre, 2008.
- 13) Jacques Lebas, Pierre Chauvin, « Précarité et santé », éditions Flammarion, 1998.
- 14) Marie Line Dehaine, « Le parcours de soin des personnes en situation de précarité », Mémoire EHESP(Ecole des hautes Etudes en santé Publique), 2008.
- 15) J. Lebas, « A l'épreuve de la précarité : une certaine idée de l'hôpital », rapport à la demande de M. Aubry, B. Kouchner, La documentation Française, 1998.

- 16) C. Dupas, P. Robert, J. Pascal, O. Laboux, « Renoncement aux soins : quelles explications et quelles solutions ? », *L'information dentaire*, septembre 2009 ; n° 33.
- 17) Erving Goffman, « Les usages sociaux des handicaps : Stigmate », les Editions de Minuit, 1975.
- 18) D. Castiel, PH. Bréchat , « Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social : vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité ? » *Médecine et droit*, 2009.
- 19) « Encadré n°9 : Extrait de la circulaire relative à l'accès aux soins des personnes les plus Démunies », Circulaire DAS/DH/DGS/DPM/DSS/DIRMI/DIV n° 95-08 du 21 mars 1995 (Bulletin officiel du ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville n° 16 du 15 Juin 1995).
- 20) V.Barbe, P.Estecahandy, A.Raynaud Lambint,C.Bertrand,M.Ecoiffier,M.Tubéry,D.Lauque, « Les structures d'urgences du CHU, acteurs du réseau Ville Hopital « Santé Précarité » , *Journal Européen des Urgences*, 2008.
- 21) A.Paraponaris, Y. Obadia, MK. Ben Diane, F. Bertrand, JP. Moatti, « Comportement de consommation de soins : enseignements d'une enquête dans un service d'urgences d'un centre hospitalier régional universitaire », *La Presse Medicale*, février 2004 ; tome 33.
- 22) Laetitia Clavreul, « Malgré l'aide de l'état, l'accès à une mutuelle santé reste difficile », *Le Monde*, 28/10/10.
- 23) P. Heremans, A. Deccache, « Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés », *Santé Publique* 1999, n°2, p.225-241.
- 24) Emmanuelle Benoit, Nadia Perrot, Dora Liban, « Le pharmacien et la prise en charge des personnes en situation de précarité à l'officine », 2005.
- 25) Martine Bizouard, « Accès aux soins et précarité », *Mémoire MASTER 2 professionnel : Sciences humaines et sociales*, Mention : « Economie et société », Spécialité : « Action publique, Action sociale », 2009-2010 .
- 26) Jean-Pierre Girard, Yvan Comeau, « L'hôpital public et l'économie solidaire : réflexion autour d'un exemple français », *Économie et Solidarités*, 2006, vol. 36, no 2.
- 27) Pascal Jean, Quélier Christine, Agard Christian, Nguyen Jean-Michel, Lombrail Pierre, « Peut-on identifier simplement la précarité sociale parmi les consultants de l'hôpital ? », *Sciences sociales et santé*, 2006, Volume 24, n°3,pp. 33-58.
- 28) Sass C, Chatain C, Rohmer J-F, Barbier Y, Bongue B, De La Celle C, DePierre M, Etéchami E,Gutton S, Labbe E, Lazarus S, Laboulaye P, Le Clésiau H, Léger B, Lenain J-L, Moulin J-J, Nitenberg C, Pagnon X, Philippe D, Pouchard M, Soufi K, Vandernoot M-P, Gerbaud L, « Observance des conseils de prévention et de soins chez les populations vulnérables : l'expérience des centres d'examens de santé de l'Assurance maladie », *Pratiques et Organisation des Soins*, avril-juin 201 ; volume 42 n° 2.

- 29) Christian Loisy, « Pauvreté, précarité, exclusion. Définitions et concepts », Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Ministère de l'emploi et de la solidarité, Les travaux de l'observatoire, 2000.
- 30) Alain Bihl, Roland Pfefferkorn, « Les inégalités sociales de santé », La santé au prisme des sciences sociales, Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société, Juin 2008 ; N°6.
- 31) Caryn Mathy, Max Bensadon, « L'impact de la prise en charge des patients en situations de précarité sur les hospitalisations de court séjour, mission PMSI/CTIP », rapport pour le ministère de l'Emploi et de la Solidarité, décembre 1999
- 32) Michel Maric, Emmanuel Grégoire, Lucie Leporcher, «La prise en charge des populations dites précaires dans les établissements de soins » (IRIS), novembre 2008 ; n°81
- 33) Sylvie Dumesnil, Nathalie Grandfils, Philippe Le Fur, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, « Santé, soins et protection sociale en 1996 », CREDES, Novembre 1997 ; Biblio n° 1204 .
- 34) Nicolas Fieulaine, « Temps de l'urgence, temps du projet : la rencontre des temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situation de précarité », Dossiers de la MRE, 2007 ; vol 15, pp 41-45.
- 35) Georges Menahem, « Spécificités des usages précaires des systèmes de soins :quelques hypothèses », CREDES, Mars 2000.
- 36) Pierre Lombrail , Jean Pascal, Thierry Lang, « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire? »,Systèmes de santé et inégalités, santé, société et solidarité, 2004 ; n°2 .
- 37) Bungener Martine, Ulmann Philippe. « Les déterminants socio-économiques des inégalités de santé: de nouvelles pistes à explorer »,Sciences sociales et santé, 2006 ; Volume 24, n°3, pp. 5-9.
- 38) Emmanuel Hirsch : « Soigner l'autre, l'éthique, l'hôpital et les exclus », Editions Belfond, 1997.
- 39) Faya J. , « La formation médicale initiale et la santé des populations défavorisées » , Santé Publique, 2003/4 ; Vol. 15, p. 479-484.
- 40) De Peretti Gaël , « Précaire : une catégorie instable et fragile » ,Empan, 2005/4 ; no 60, p. 14-23.
- 41) Eme Sandrine et Pagès Alexandre , « Pauvreté, précarité économique et vie familiale. quelques éléments de réflexion issus des résultats d'une enquête locale » , Recherches familiales, 2009/1 ; n°6, p. 131-142.
- 42) De Goer Bruno et al., « Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions » , Santé Publique, 2008/2 ; Vol. 20, p. 163-175.
- 43) Lombrail Pierre , « Inégalités de santé : le temps de l'action ! » , Santé Publique, 2011/3 ; Vol. 23, p. 167-168.

- 44) Closon Marie-Christine et Perelman Julian , « L'impact des facteurs sociaux sur les dépenses de santé : comment éviter que la recherche de l'efficience ne se fasse au détriment de l'équité et de l'accessibilité aux soins ? » , Reflets et perspectives de la vie économique, 2003/1 ; Tome XLII, p. 47-58.
- 45) Aguilar Christine , « Une Maison Relais : nouvelles pratiques pour la grande précarité » , Empan, 2005/4 ; no 60, p. 129-132.
- 46) Dollé Michel , « Précarités et politiques sociales » , Empan, 2005/4 no 60, p. 38-43.
- 47) Sass Catherine et al., « Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socio-administrative de la précarité » , Santé Publique, 2006/4 ; Vol. 18, p. 513-522.
- 48) Lombrail Pierre et Pascal Jean , « Inégalités sociales de santé et accès aux soins » , Les Tribunes de la santé, 2005/3 ; no 8, p. 31-39.
- 49) Elbaum Mireille , « Protection sociale et solidarité en France » Évolutions et questions d'avenir, Revue de l'OFCE, 2007/3 ; n° 102, p. 559-622.
- 50) Myriam Matari , « les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) » , Droit Déontologie et Soins, 2008, p. 161-169.
- 51) J. Lebas , « Permanences d'accès aux soins de santé : dix ans d'expérience méconnus » , La revue de médecine interne, 2009, S8-S9.
- 52) V. Barbe, P. Estecahandy, A. Raynaud-Lambinet, I. Beaudaigne,, F. Guittard, M. Ecoiffier, M. Tubery, D. Lauque, «Prise en charge médicosociale des patients en situation de grande précarité: procédures établies dans les structures d'urgences (SU) du CHU de Toulouse » , Journal Européen des Urgences, 2008 ; 21S, p.243-245.
- 53) N. Maestracci , « La pauvreté : un problème de santé publique ? Les limites des politiques sectorielles » , Congrès national des Observatoires régionaux de la santé, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2008 ;n°56, p.348-355.
- 54) V. Barbe, P. Estecahandy, A. Raynaud-Lambinet, I. Beaudaigne,, F. Guittard, M. Ecoiffier, M. Tubery, D. Lauque, « Les structures d'urgences (SU) du CHU, acteurs du réseau Ville-Hopital « Santé-Précarité » , Journal Européen des Urgences, 2008 ; n°21, p.90-94.
- 55) M. Delori, E. Baudry, H.Hitoto, JD Page, N. Laborde, « Le multiple recours aux urgences est-il un signe de précarité ? » , Journal Européen des Urgences, 2008 ; n°21, p.221-222.
- 56) E. Yilmaz, D. Raynaud, « Influence de la précarité sur la durée de séjour dans les établissements de santé » , Colloque Adelf-Emois, Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique,2010 ; n°58, p.5-26.
- 57) Camille Gilbert, « Le droit à la protection de la santé des personnes démunies mise n œuvre par les permanences d'accès aux soins de santé » , Droit Déontologie et Soins, Juin 2004, Vol 4, n°2.
- 58) Patrick Sichère, « Douleur et précarité : questions posées au Docteur Francine Hirszowski » , Douleurs Evaluation-Diagnostic-Traitement, 2009 ; n° 10, 154-156.

- 59) H. Berthet, MC Etienne, R. Cheyrezy, B. Clarivet, JL Chaize, MC Picot, « Identification des facteurs de renoncement aux soins chez des patients précaires », EPI-CLIN 2011, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2011 ; n°59, p.18-36.
- 60) X. Lenne, C. Laurière, A. Bruandet, C. Guillet, D. Piveteau, D. Theis, « Enquête précarité 2008- Evaluation de la précarité au regard de l'étude nationale de couts à méthodologie commune au centre hospitalier régional universitaire de Lille, France », XXIVè Congrès nationale Emois – Revue d' Epidémiologie et de Santé Publique, 2011 ; n°59, p.43-59.
- 61) P. Lombrail, « Colloque : Epidémiologie sociale et inégaités de santé- Inégalités de santé et d'accès secondaire aux soins », Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2007 ; n°55, 23-30.
- 62) D. Castiel, PH Bréchat, MC Grenouilleau, « De la nécessité d'un financement supplémentaire pour la prise en charge des patients handicapés sociaux à l'hôpital public », Presse Méd, février 2007 ; tome 36, n°2, p.187-188.
- 63) S. Quesemand Zucca, « Malades à la rue, malades de la rue », La revue de médecine interne, 2009 ; n°30,p.6-7.
- 64) J. Holstein, D. Farge, N. Taright, L. Trinquant, D. Manac'h, T. Bastianic, G. Chatellier, "Lien précarité – durée et complexité des séjours hospitaliers en secteur de court séjour", Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009 ; n°57, p.205-211.
- 65) C. Dupré, R.Guéguen, JJ Moulin, P. Laperousse, « Approche territoriale du non-recours aux soins en Rhône Alpes », Congrès national des Observatoires régionaux de la santé, Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2008 ; n°56, p.356-375.
- 66) F. Hammon – Mekki, « Pour une meilleure prise en charge de la précarité », Soins, mai 2011 ; n°755.
- 67) C. Mainpin, C. Blond, F. Bottin, B. Gézéquel, , M. Guillemot, M. Horvath, M.Muller, V. Prat, O. morel, E. Barranger, PH Bréchat, "Précarité, tarification à l'activité, et planification sanitaire et sociale: etude pilote à l'hôpital Lariboisière à Paris", Gynécologie, Obstétrique et Fertilité, 2011 ; n°39, p. 351-357.
- 68) N. Debertrand, « Améliorer la vie te la santé des « personnes sans chez soi », L'aide soignante, février 2010, n°114.
- 69) E. La Rosa, SM Consoli, H. Le Clésiau, J. Brouste, M. joubert, K. Soufi, « Etude de la souffrance psychosociale et de ses facteurs modérateurs chez les consultants en situation de précarité d'un centre de prévention sanitaire et sociale » , Revue Epidémiologie et Santé Publique, 2000, 48, p. 351-362.
- 70) I. Parizot, P. Chauvin, « Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne », Revue Epidémiologie et Santé Publique, 2003, 51, p.577-588.
- 71) D. Castiel, PH Bréchat, « Réformes hospitalières, tarification à l'activité et handicap social : vers une mise en cause de la mission sociale des établissements de santé et du principe de solidarité ? », Médecine et Droit, 2009, p.52-57.

- 72) M. Elbaum, Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques, Revue d'Epidémiologie et de Santé publique, 2007 ; n°55, p.47-54.
- 73) E. Pardo, « Soins psychiques et somatiques des sujets en grande précarité : une épreuve du corps », l'évolution psychiatrique, 2011 ; n°76, p. 287-301.
- 74) C. Molinier, P. Verdoncq, A. Moktar Benounnane, C. Degravi, N. ferrah, G. Duval, « Bilan de fonctionnement d'un pôle externe de PASS ; intrication des problèmes sociaux, médicaux et psychologiques », JEUR, 2003 ; n°16, p.162-163.
- 75) A. paraponaris, Y. Obadia, MK Ben Diane, F. Bernard, JP moatti, « Comportements de consommation de soins, enseignements d'une enquête dans un service d'urgences d'un centre hospitalier régional universitaire », Presse Méd, 2004 ; n° 33,p. 228-234.
- 76) T. Lang, M. Kelly-Irving, C. Delpierre "Inégalités sociales de santé: du modèle épidémiologique à l'intervention. Encahînements et accumulations au cours de la vie », Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, 2009 ; n°57, p.429-435.
- 77) ONPES (Observatoire Nationale de la Pauvreté et de l'Exclusion sociale), « la lettre : Le rapport 2011-2012 de l'ONPES en bref », mars 2012 ; n°2.
- 78) Emmanuelle Cambois, « Les personnes en situation sociale difficile et leur santé », Les Travaux de l'Observatoire, 2003-2004.
- 79) Pagès Alexandre , « Exclusions et vulnérabilités, solidarités et dépendances », Informations sociales, 2011/2 ; n° 164, p. 87-96.
- 80) C. Després, P. Dourgnon, R. fantin, F. Jusot, « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude de renoncement aux soins », Les comptes de la santé 2010. Série statistiques- Document de travail de la DREES n°161, p. 85-96.
- 81) L. Bertho, R. Senand, « Vécu et ressenti des patients bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle », thèse de médecine, 2004.
- 82) T. Collin, « Le parcours de soins des consultants de la Permanence d'Accès Aux Soins de Chambéry – Evaluation du retour au droit commun », thèse de médecine, Grenoble, 2011.
- 83) HCSP (Haut Comité de la Santé Publique), rapport « La progression de la santé en France et ses effets sur la santé », février 1998.
- 84) A-E. Sanselme, « La place de l'humour dans la consultation de médecine générale », thèse de médecine, Strasbourg, 2012.
- 85) P. Frappé, « Initiation à la recherche », Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Editions GMSanté – CNGE, 2011.
- 86) J. Wresinski, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Conseil économique et social, JO n°4074 du 28 février 1987

87) B. Gales, « Représentations ayant changé chez les soignants suite à la co-formation « Santé et Gens du voyage ». A propos d'une étude qualitative », thèse de médecine, Grenoble, 2010.

88) Groupe de recherche Quart Monde-Université et Quart Monde Partenaire, « Le croisement des savoirs et des pratiques », les éditions de l'atelier et éditions Quart Monde, décembre 2008.

89) Loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 et Circulaire du 8 septembre 1998 relative à la mise en œuvre de la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, Ministère des Solidarités, de la Santé et des Familles, www.sante-gouv.fr .

90) Loi relative à la politique de Santé Publique du 9 août 2004 , Ministère des Solidarités, de la Santé et des Familles, www.sante-gouv.fr .

91) R. Robert Tremblay, Y. Perrier, « Savoir plus : outils et méthodes de travail intellectuel », 2^{ème} édition, les Editions de la Chenelière, 2006.

92) Les dossiers de la MRIE, « Co-formation Précarité et Santé : se former ensemble entre professionnels et personnes en difficultés sociales », 2011.

