



**HAL**  
open science

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

Delphine Belloli

## ► To cite this version:

Delphine Belloli. La santé des personnes en situation de précarité : une co-formation fournit-elle des apports théoriques nouveaux par rapport aux données de la littérature ?. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00749379

**HAL Id: dumas-00749379**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00749379>**

Submitted on 7 Nov 2012

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## 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](mailto: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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

Année 2012

## **ANNEXES :**

**« 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

<b>TABLE DES MATIERES</b>	p.2
<b>VERBATIM</b>	p.4
*Introduction à la séance de synthèse commune	p.4
*Séance de synthèse commune	p.8
1) Les peurs et violences dans la relation médecin-malade	p.8
2) Les questions financières dans la relation médecin-malade	p.13
3) Les dépendances au personnel soignant	p.16
4) Les conditions de prise en charge des patients en situation de précarité	p.20
*Séance de restitution devant les personnes extérieures	p.24
1) Les questions financières dans la relation médecin-malade	p.27
2) Les peurs et violences dans la relation médecin-malade	p.29
3) Les dépendances au personnel soignant	p.32
4) Les conditions de prise en charge des patients en situation de précarité	p.33
*Questions sur la restitution	p.34
*Réponses aux questions sur la restitution	p.37
<b>CITATIONS BIBLIOGRAPHIQUES INDEXEES</b>	p.49
1) Les conditions de prise en charge des patients en situation de précarité	p.49
2) Les questions financières dans la relation médecin-malade	p.77
3) Les dépendances au personnel soignant	p.97
4) Les peurs et violences dans la relation médecin-malade	p.106
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	p.123



# VERBATIM

## INTRODUCTION A LA SEANCE DE SYNTHESE COMMUNE :

### **Animateur 1:**

Sur la ... vous vous souvenez le photo-langage sur les professionnels

Hem.. Les professionnels quand ils se représentent leur rôle vous vous souvenez les 3 photo-langages, c'étaient des barques : on navigue à vue, on navigue avec vous, on navigue ensemble.

Les militants en dessous ils sont à distance, ils se voient à distance.

On vous demande de travailler en équipe ou alors vous êtes un maître et vous avez le droit de faire des erreurs mais euh.. on n'est pas avec vous, enfin on n'est pas directement dans la même barque.

Sur les personnes en difficultés et la représentation des personnes en difficultés, hein, les photo-langages de l'autre côté vus sur la 2<sup>ème</sup> colonne, euh.. les personnes vues par les professionnels elles sont dans le brouillard, on sait pas trop, on comprend pas bien, même si y'a des notions de solidarité et autres, mais quand même on comprend pas trop ou alors l'œuvre d'art qui peut devenir finalement quelque chose de beau, une œuvre d'art.

Et puis du côté des militants quelque chose de beaucoup plus actif, euh.. On vient vers vous, on fait des efforts pour venir, ou alors l'image de la personne qui lance on ne sait pas trop quoi dans une sorte de révolution.

Donc quelque chose de très actif du côté des militants.

Ensuite on avait travaillé sur les logiques, on avait travaillé sur la nature des relations entre les professionnels et les personnes en grande difficulté et on avait essayé d'extraire un peu des conditions qui font que on peut être, permettre aux personnes d'être actrices dans un projet de santé, et des conditions à mettre en œuvre.

On avait mis vous vous rappelez des mots clés, vous vous rappelez, et les conditions indispensables et les choses à éviter absolument.

Et dans ces mots clés on retrouvait l'écoute 12 fois qui est sortie, la communication qui est sortie 7 fois, la confiance qui est sortie 7 fois et le temps qui est sorti 4 fois, qui sont des attitudes... des attitudes qui sont finalement plutôt passives vues de l'extérieur : on écoute, on prend le temps, on accueille.

Ecoute qui peut être active mais vu d'extérieur ça fait plutôt passif.

Mais y'a la question de ces conditions pour pouvoir écouter, accueillir, qui émerge et qu'il serait intéressant de travailler. Ce sera l'objet d'un des ateliers.

Le comité de pilotage avait noté, enfin les animateurs, qu'on avait l'impression des fois que les divergences n'avaient pas été exprimées. C'est à dire qu'on veut se respecter les uns les autres et il faut le faire absolument mais qui bloquait parfois l'aspect divergence, on n'est pas forcément d'accord. Alors on peut tout à fait ne pas être d'accord tout en se respectant la façon d'exprimer les choses, mais il faudra bien, on peut y penser aussi dans cette 3<sup>ème</sup> journée, que, on a eu le sentiment de temps en temps que des personnes étaient pas d'accord et qui ont pas osé dire par respect, hein, que ce soit les militants envers les professionnels ou vice-versa. Donc il ne faut pas hésiter d'exprimer les divergences pour pouvoir avancer.

Voilà donc on a extrait un certain nombre de thèmes, ce qu'on appelle des nœuds, qui ont émergé, qui posent des problèmes dans la relation entre les professionnels et les personnes en grande difficulté. C'est sur ceux-là qu'on voudrait travailler aujourd'hui.

Donc à travers les 4 questions que vous avez reçues dans la confirmation, donc qui seront les thèmes des ateliers, sur d'une part les questions financières qui ont beaucoup émergé, on l'a vu sur certains récits, ce qui est assez curieux car il y a 5 ans les questions financières n'émergeaient pas du tout. En

tout cas dans ces types de travail et aujourd'hui elles émergent vraiment fortement donc la question c'est : qu'est-ce que ça change dans les relations ces questions financières ?

La question des peurs et des violences, quelles sont-elles ces peurs, est ce qu'on peut les nommer, est ce qu'on peut les voir et comment on peut les dépasser ? On le voit à travers notamment le photolangage par exemple.

Accueillir, écouter, communiquer, donc oui euh.. C'est donc ce qui a été beaucoup exprimé la dernière fois en fin de 2<sup>ème</sup> journée, la question c'est en pratique on fait comment ? Qu'est ce qui bloque, quelles sont les conditions qui permettent d'accueillir, écouter, communiquer dans de bonnes conditions ? Ce sera l'objet de l'un des ateliers.

Et puis la question de la dépendance aux professionnels, à travers notamment quelques exemples, qu'on a entendu dans les ateliers, de professionnels disant : « oui c'est bien on laisse le choix aux gens » et des militants qui disent « oui mais moi je ne vois pas où est le choix ici » donc effectivement soumission ou pas soumission aux choix des professionnels, dépendance, donc un atelier qui va travailler ces questions-là.

Avec en toile de fond bien sûr quelles sont les conditions pour que les personnes puissent être actrices dans un projet de santé.

Et à partir de ces conditions, par ce que l'idée c'est à partir de ces conditions pour qu'elles puissent être actrice, l'idée c'est quels leviers on a nous professionnels en pratique pour améliorer ces conditions pour avancer.

Voilà un peu l'idée globale de la journée, donc avec cet objectif de restitution.

Est-ce que tu veux L. compléter ?

**Animateur 2 :**

Non non...

On va peut-être passer à la présentation des associations..

**Animateur 1 :**

Alors il nous manque encore les militants de ATD de Lyon, qui ne devraient pas tarder

Les militants se sont retrouvés le 14/03 dernier pour déjà réfléchir à ces questions. Donc ces questions bien évidemment les ateliers on les fera en groupe mixtes, c'est-à-dire professionnels et militants, dans chaque groupe il y aura ... Il y aura 4 ateliers et non pas 5, donc on sera peut-être un peu plus nombreux, mais dans chaque atelier il y aura 2 ou 3 militants, et puis 6 ou 7 professionnels. Voilà, ce que vous nous avez demandé la dernière fois c'est quand même de présenter les associations qui sont présentes et pour dire qui sont les militants ici.

Alors je vais commencer comme j'ai la parole par REVIH-STS, qui en fait pilote cette co-formation, dans le sens où c'est REVIH STS qui a déposé le projet, les demandes de financement, et qui a monté le comité de pilotage et qui accompagne. Donc officiellement c'est la structure formatrice, qui a un numéro d'agrément de formation, donc cette formation est pas évidente en terme d'agrément. Donc REVIH STS c'est un réseau ville-hôpital, qui est né en 1994, c'est un peu compliqué parce qu'il y a des registres qui étaient sur le SIDA, et puis Santé- Toxicomanie de Savoie qui était plus sur les questions de toxicomanie, et qui ont fusionné en 2005, et c'est donc un réseau ville -hôpital pour faire le lien entre la ville et l'hôpital, le sanitaire, la santé et le social, pour tout ce qui est historiquement Sida, hépatites et toxicomanie, mais qui petit à petit s'est ouvert à toute pathologie chronique et à tout ce qui est la question de la santé et de la précarité. On a travaillé aussi sur les gens du voyage, on a travaillé sur un certain nombre de co-formation.

Aujourd'hui REVIH STS est en cours de réflexion , de changement, pour passer de la question des pathologies à surtout la question de réduire les inégalités sociales de santé, les inégalités liées aux questions sociales. Et toute cette réflexion...On est vraiment dans ce tourbillon là aujourd'hui avec une assemblée générale qui va décider de ça dans quelques semaines, et avec une réflexion autour de...parce qu'il existe aussi un réseau santé-précarité à Chambéry, une réflexion sur ce réseau Santé-précarité et le lien du coup avec REVIH qui va travailler surtout sur les questions sociales, une soirée

de travail sur ce thème où tout le monde est invité la semaine prochaine, pour travailler ces questions d'accès aux soins sur le bassin chambérien et grande précarité.  
Voilà pour REVIH. Sachez que tout à l'heure vous aurez un dossier avec quelques documents et descriptifs qui présentent les associations.

**Animateur 2 :**

Un petit mot sur le secours catholique, partenaire de cette co-formation. C'est difficile de présenter une association en 1 mn hein. Donc je vais rester très très superficiel en disant que on n'est pas...on n'est pas un service social, on est une association caritative, humanitaire, ONG, ça dépend les termes qui conviennent le mieux aux uns et aux autres, mais du coup qui se base beaucoup sur le volontariat, et les quelques salariés, par exemple en Savoie on est 3 : un délégué et 2 animateurs, et notre travail c'est surtout de permettre à des personnes qui sont volontaires bénévoles, d'entrer dans des dynamiques de solidarité qui ont du sens, qui rentrent aussi dans une histoire, dans une réflexion.. Après le secours catholique est connu...65 ans qu'on existe, on est connu pour ...on s'est fait une réputation de distributeurs, peut être à l'origine ce qu'elle faisait le plus à travers des vêtements, à travers des dons alimentaires, ou autres. Y'a eu un moment où il a fallu évoluer par rapport à ça, et notamment le fait d'être dans une société d'après-guerre, avec le progrès et les choses qui se construisaient, à un moment des années 80 où on est dans un pays qui change un peu de contexte, le pays continue de s'enrichir mais par contre la pauvreté augmente, et de là on s'est rendu compte d'un certain nombre d'impasses, d'où l'envie de travailler aujourd'hui avec une dimension aussi d'animation et d'association avec des personnes pour construire ensemble, construire des projets. Voilà, alors simplement ça c'est plus facile à dire qu'à faire, et la co-formation est une façon de participer à cela, et vous le voyez bien dans le renversement des rôles, d'amener les personnes qui vivent à un moment donné la précarité, la pauvreté, à se retrouver comme acteurs pouvant aussi apporter...revenir dans une dynamique citoyenne, en pouvant apporter aussi elles-mêmes des réponses à des questions qui les préoccupent de précarité. Voilà. Après le secours catholique existe dans tous les départements, avec des équipes locales, bien sûr comme toute association les personnalités locales qui l'animent teintent aussi l'association, mais je crois que le mieux c'est pouvoir rentrer localement en contact avec les personnes de l'association pour tisser du partenariat, parce que c'est aussi une base du travail que l'on veut faire, et voir ainsi comment il peut y avoir des projets qui se construisent ensemble.

**Animateur 3 :**

ATD quart Monde moi je dirais que c'est un mouvement familial, la famille est très importante, et c'est un mouvement qui a pour objectif de redonner aux personnes très défavorisées leur place de citoyen voilà, pour qu'ils puissent avoir un rôle et une action dans la société comme n'importe quel autre citoyen voilà. Donc pour nous les droits, les droits de l'homme sont très importants, et que les personnes puissent être actrices, donc c'est tout à fait ce qu'on va voir aujourd'hui.

**Animateur 2 :**

F. , est ce que tu peux présenter la MRIE.

**Observatrice :**

Alors la MRIE c'est la Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion. C'est une association loi 1901 qui a été créée à la base par ATD Quart Monde en 92, et qui est financée par les pouvoirs publics, avec comme mission principale l'observation, l'interpellation des phénomènes de pauvreté et d'exclusion sociale en région Rhône-Alpes, avec 2 particularités : la 1<sup>ère</sup> du fait de son organisme d'origine, on est beaucoup en lien avec, enfin on essaye d'être beaucoup en lien avec les collectifs d'habitants, pour aussi récupérer leur propre perception, point de vue. Et d'autre part on se positionne comme lieu-carrefour, à la croisée entre les habitants, les professionnels, les institutionnels, pour essayer des fois de faire émerger des débats sur des sujets qu'on n'arrive pas forcément, où on arrive pas forcément à échanger facilement, voilà, tout ce qu'on entend, tout ce



qu'on récolte à droite, à gauche donc données, informations, discours, on l'écrit, donc vous avez un dossier annuel où vous avez la synthèse qui sera distribué tout à l'heure. L'année dernière on avait fait un chapitre sur la santé, et puis d'autres publications annuelles.

**Animateur 2 :**

Il nous a été demandé de préciser le rôle des militants, des co-formateurs. Donc leur rôle, c'est bien d'être des co-formateurs dans ces journées qu'on a passé ensemble.

Et l'idée c'est donc de se dire que tout ce qui est de l'ordre de la connaissance, de la précarité, de la pauvreté, peut être ramené aussi dans cette formation à partir de l'expérience.

Et c'est donner aussi donc à la euh.. de penser que le savoir ne se construit pas seulement de façon intellectuel et quelquefois descendante, mais que l'expérience, la pratique est en soi un savoir qui a de la valeur, et dans l'idée des croisements du savoir c'est de permettre à des personnes de construire un savoir qui est une construction croisée de savoirs plutôt intellectuels, de savoirs de praticiens, le vôtre par exemple, et de savoir d'expérience à partir des gens qui vivent ces situations de pauvreté.

Donc c'est pour ça que, en tant que formateurs, y'a eu aussi des temps de préparation, de rencontres entre nous, de bilan entre les 2 rencontres, pour construire aussi ensemble, donner de la cohérence aussi à cette réflexion que les personnes veulent amener aussi à partir de leur expérience.

Voilà

**Animateur 1 :**

Voilà, donc maintenant on va se mettre au travail au niveau des ateliers de ces 4 thématiques. Donc pour que vous visualisiez un peu comment ça va se passer, donc 4 ateliers, les professionnels se sont inscrits dans les 4 ateliers.

Les ateliers donc, on va travailler autour d'un certain nombre de questions, vous avez 1h15 pour travailler ces questions-là, et commencer, alors ce sera pas parfait au bout d'une 1h 15 forcément, mais commencer déjà à pouvoir restituer quelque chose, et cette restitution se fera dans un premier temps entre nous dans ce qu'on appelle un forum-tortue. Alors c'est quoi un forum tortue ? Un forum tortue on va mettre les tables comme si y'avait des tortues, alors 1 tortue, une autre tortue, 4 tables, parce qu'il y a 4 ateliers. Autour de ces 4 tables il y a les personnes qui ont participé aux ateliers, d'accord, et il y a parmi ces personnes une personne, ou 2 si ça peut être militant-professionnel, qui sera porte-parole du groupe. Ce qui signifie qu'en début d'atelier il faut décider qui va être porte-parole. Mais il est porté par le groupe, il est pas tout seul. Donc chaque groupe a 1 ou 2 portes-parole, et donc le groupe par exemple de l'atelier 1, le porte-parole va donner un peu les conclusions, les choses importantes, à l'ensemble du groupe. Chaque groupe va se dire : « est ce que il y a quelque chose qui me choque, est ce que il y a quelque chose où je suis pas d'accord, où il faudrait compléter, il faudrait le travailler. Donc chaque groupe, chaque porte-parole, donc tout le monde aura entendu, va se retourner vers son groupe pour dire voilà, quels types de questions est-ce qu'on a à renvoyer. 1 mn, 2 mn, comme ça tout le monde participe à cette réflexion-là, et chaque porte-parole renvoie au groupe ces questions et compléments, et ce groupe-là, en début d'après-midi, va compléter sa restitution, avec les apports des autres. Donc le groupe 1 va faire ça, le groupe 2 porte-parole va dire effectivement ce qu'ils ont travaillé dans le groupe 2, les autres groupe vont renvoyer des questions, groupe 3, groupe 4. Donc ça sera pas parfait, au bout d'1h15, ben effectivement, forcément, mais on aura encore une heure cette après-midi pour compléter, pour discuter, de telle façon à ce que à la restitution on puisse renvoyer quelque chose d'un peu plus finalisé, qui puisse vraiment être débattu avec des gens extérieurs qui viendraient. Comme je vous le dis on sait absolument pas s'il y aura 3 personnes ou s'il y en aura 20, ça on n'en a aucune idée mais l'important c'est également de pouvoir enrichir les débats et de pouvoir mémoriser un peu ce dont on va travailler.

La restitution, vous en étiez d'accord la dernière fois mais je repose quand même la question, on souhaiterait si ça ne vous ennuie pas qu'elle soit enregistrée, de telle façon à ce que derrière il puisse y avoir un document qui soit finalisé, avec, et j'en parlerais à l'évaluation, un groupe qui validera ça. Il

s'agit pas du tout d'interpréter les choses, il s'agit pas du tout que d'autres gens interprètent ce que vous avez dit, en aucun cas, mais de pouvoir avoir des éléments qui seront validés par les militants et quelques professionnels qui voudront bien, qui soit du coup un petit livret qui puisse être rebasculé à l'ensemble des participants, et qui puisse être une base de travail aussi, mais que ce soit quelque chose de valide où tout le monde est co-auteur de ça.

Est-ce que vous n'êtes pas opposés à cet enregistrement tout à l'heure ?

Ca évitera justement que ce soit interprété. Bien évidemment les enregistrements seront diffusés nulle part. Ca ne vous posera pas de problème ?

Les enregistrements seront uniquement en plénière, pas dans les travaux en atelier. Est-ce que c'est clair ?

## **SEANCE DE SYNTHÈSE COMMUNE**

### **1) Les peurs et violences dans la relation médecin-malade**

#### **Animateur 1 :**

Chaque groupe va présenter son .. en quelques mn hein rapidement, le résultat de ses réflexions, et ensuite les autres groupes posent des questions ou les éclairages qu'ils souhaiteraient entendre cette après-midi éventuellement, de façon à ce que cette après-midi les choses soient un peu plus.. un peu plus élaborées, d'accord ? Donc vraiment ce moment c'est un moment qui va permettre à la fois aux autres groupes de profiter des réflexions de chaque thème, et à la fois de pouvoir renvoyer des questions. D'accord c'est bien clair comme ça ? Alors on va pas faire par numéro d'atelier parce que j'aurais peut être aimé, de ce que j'en ai entendu, c'est peut-être à tort, mais j'aurais aimé que le groupe de P. soit plutôt à la fin. Mais on verra pourquoi tout à l'heure si je ne me trompe pas. Donc on peut faire dans ce sens-là, dans cet ordre-là.

#### **Animateur 2 :**

Juste le micro on va l'utiliser pour 2 choses : d'une part la salle est un peu grande et ça aide à porter la voix, et en même temps comme on vous l'avait dit on enregistre, ça permet d'avoir une qualité d'enregistrement meilleure. 2<sup>ème</sup> chose après 2 petites choses techniques : on prend des photos, le plus simple c'est que si quelqu'un après ne veut pas être sur les photos il le dise, et on n'utilisera pas les photos ou il paraîtrait trop.

#### **Animateur 1 :**

les photos elles sont internes, certains demandaient s'ils pourraient les voir, on les mettra sur un site, on vous enverra le lien et vous aurez accès à l'ensemble des photos. Le site ne sera pas public.

#### **Animateur 2 :**

On va commencer par le groupe, l'atelier qui a travaillé sur les peurs et violences.

#### **Militant :**

Alors là c'est les peurs des patients : la 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 jugé, et surtout par le ton d'être blessé, de donner l'impression de ne rien comprendre, d'être bête, du diagnostic car on envisage toujours le pire, 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. On se restreint au niveau des mots, on se sent restreint au niveau des mots, de nos réactions, on se fait un cinéma.

Peur de celui qui sait (le soignant) et celui qui ne sait pas (le soigné). Peur d'être considéré comme celui qui se plaint tout le temps, peur de prendre trop de temps aux médecins : ils ont une vie, ils ont leur temps aussi compté, ils ont une vie familiale.

### **Professionnel :**

Alors les peurs des professionnels, enfin les peurs et ce qu'ils peuvent ressentir, donc une gêne d'être privilégié dans la vie en général, la peur de l'agressivité de l'autre, euh enfin de l'agressivité, que ce soit parfois tout simplement par l'environnement de vie, les conditions de vie, par exemple une visite à domicile où on arrive il y a beaucoup de bruit.. des choses comme ça. Voilà, un chien, un gros chien derrière la porte. Peur aussi de l'agressivité donc qui peut être verbale, parfois physique, et peur de ne pas réussir à la contenir.

Peur également d'être mis sur un piédestal, donc d'impressionner par notre fonction, et également peur de nous cacher derrière notre rôle professionnel et de .. sans s'en rendre compte parfois de se mettre, enfin de rester soi-même sur son piédestal et de , entre guillemet, et que ce soit une barrière pour la relation. Y'avait également une peur d'être envahi, et entre guillemet vraiment entre guillemet, contaminé par la situation difficile des personnes, par les difficultés qu'elles peuvent vivre, parce qu'on est tous humains et voilà, à même de se retrouver un jour dans le même genre de situations difficiles. Peur de ne pas pouvoir répondre aux demandes qui sont parfois multiples avec du coup le sentiment d'impuissance, et la peur de la réaction de la personne qui est en demande, et qui peut ne pas tolérer qu'on ne réponde pas tout de suite et de façon complète à sa demande. Et donc du coup c'est complémentaire mais c'est un autre aspect de cette.. de ce point-là, y'avait un réel souci de la gestion de l'urgence de la demande, puisque en général si la personne a fait l'effort de venir nous voir c'est que pour elle y'a vraiment une urgence et une demande vraiment importante, et donc comment euh.. voilà comment expliquer qu'on peut être pas répondre à tout tout de suite, et qu'on pourra peut-être de toute façon pas répondre à toutes les demandes. Y'avait aussi une peur de passer à côté de la vraie demande, qui peut des fois être plus d'ordre psychologique alors que la personne est arrivée avec une plainte physique par exemple. Peur de notre propre agressivité, en réaction bah peut être à notre sentiment d'impuissance ou à l'agressivité qu'on peut percevoir parfois, peur de ne pas être naturel dans la relation, et voilà y'avait aussi la notion de la peur que la personne se rende compte que j'ai peur pour elle, mais y'a une personne dans le groupe qui a insisté aussi que c'était important pour elle que le soignant ou le professionnel s'inquiète, s'inquiète pour elle, se fasse du souci pour elle, mais nous en tant que professionnel on précisait que 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 et qu'on puisse continuer à la porter quelque part. Voilà..

D'accord alors du coup j'enchaîne sur de quoi on a pu penser que les militants pourraient avoir peur quand ils viennent nous voir et qu'est-ce qu'on a pensé qu'ils pouvaient ressentir. Alors y'a la notion de honte, puisque notamment encore une fois y'avait l'exemple de la visite à domicile où on peut être témoin vraiment de l'environnement de vie, avec une notion de culpabilité un petit peu en symétrie, et puis du coup une peur du jugement et un comportement qui sera plutôt dans la justification. On s'est dit que les militants pouvaient aussi être vraiment intimidés, impressionné par notre fonction, avec des fois le jargon particulier qu'on emploie, ou ne serait-ce que les locaux, les structure où on les reçoit. Y'avait également, on a pensé qu'il pouvait y avoir une appréhension du

diagnostic qui tombe, de la mauvaise nouvelle avec du coup, on va plutôt parler, enfin une peur qu'on insiste peut être pas sur les choses positives, voilà pour avancer par rapport à un diagnostic difficile. Peur de ne pas être libre dans les décisions qui concernent la personne soignée, et que cette personne n'ait pas le choix. Et puis on a aussi pas mal parlé de la peur de ne pas être écouté vraiment, de ne pas être compris, de ne pas forcément avoir les mots.. les mots, le temps pour pouvoir vraiment arriver à s'expliquer auprès du professionnel.

**Militant :**

Alors peurs des professionnels : peur de nos violences, physiques et verbales du malade, peur de la réaction du malade par rapport au diagnostic : est-ce que on va y croire ? Que les diagnostics soient bons ou mauvais hein.. Peur de ne pas comprendre le mal du patient, parce qu'il n'a pas les mots pour exprimer son mal être, peur de ne pas pouvoir l'aider psychologiquement et physiquement. Peur de ne pas être rémunéré par le patient, peur de ne pas être.. peur d'être agressé.. euh agacé, mais agressé aussi (rires)

**Animateur 1 :**

Merci, juste pour clarifier les choses, dans cet atelier, les professionnels et les militants se sont mis chacun d'un côté au début, pour réfléchir quelles sont leurs peurs et qu'est ce qu'ils pensent que les autres ont peur, pour reclarifier les choses. Donc en fait dans les peurs qui ont été citées et notamment les dernières peurs dont vous parliez, c'est ce que pensent les militants des peurs des professionnels d'accord. Donc faudra peut être un petit peu clarifier cela pour que les choses soient claires, ça serait peut être intéressant que..

**Professionnel :**

Et simplement après on a restitué ça entre militants et professionnels et donc euh.. effectivement y'a une peur de part et d'autre de ne pas se rencontrer, de ne pas réussir à rentrer en relation, mais on se rend compte quand on compare un petit peu les différents tableaux qu'on a pu faire que on a quand même une idée assez juste, vraisemblable de ce que peuvent penser les autres, et qu'il y a une réelle envie des 2 côtés de se rencontrer, de se remettre en question. Voilà, et puis certaines personnes avaient insisté sur l'importance de la prise en charge globale des personnes qui viennent en demande de soins, de consultation, voilà avec l'aspect physique, psychologique, social, environnemental.

**Militant :**

c'est ça oui oui...

**Animateur 1 :**

Merci, excusez-moi pour la conclusion, c'est fondamental, je sais pas si F. voulait apporter quelque chose, elle qui a pas mal suivi les ateliers vus de l'extérieur. Et puis ensuite vous renvoyez une ou 2 questions au groupe

**Observatrice :**

Y'avait eu un débat quand même intéressant sur la question de l'hygiène, que vous avez évoqué tous ensemble. La question c'était en gros : on sait pas comment aborder les question d'hygiène quand une personne sent mauvais, qu'elle se lave pas comme il faut, et jusqu'où on peut aller dans ce qu'on

dit à la personne , euh voilà enfin pour ce qui est de la conclusion à chaud j'aurais du mal à.. c'est plus des questions qui étaient posées peut-être..

Et puis après y'avait la question du savoir par rapport au camp des militants. La différence de savoir entre les professionnel et les militants qui les séparait, c'est la seule différence qui était entre ce que vous avez dit les uns et les autres mais je sais pas si c'est clair. Et enfin qu'est-ce que j'avais noté.. Y'avait quand même eu une question importante à la fin, y'avait un débat qui a commencé, c'était on sent.. c'était le 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, donc là-dessus y'a eu un débat, les professionnels disant : bah nous ce qu'on veut justement c'est surtout pas que la personne elle ait le sentiment qu'on la met en dessous quoi, voilà

**Animateur 1 :**

merci, réactions des 3 groupes, est ce que vous avez des réactions ou des choses que vous souhaitez que ce groupe travaille un peu plus cette après-midi ou complète, en vraiment quelques secondes hein..

**Professionnel :**

Nous sommes tous d'accord que la violence...Je pense que ce qui vient d'être dit concerne plus la peur que la violence, la peur précédant en général la violence, mais la violence n'a pas été abordée..

**Animateur 1 :**

Vous gardez ça dans vos têtes, il n'y a pas à répondre maintenant, vous gardez ça dans vos têtes.

**Animateur 2 :**

Oui ce qui est intéressant c'est d'amener des éléments qui permettent tout à l'heure d'enrichir le débat et de voir comment la présentation peut aller plus loin. D'autres réactions ?

**Professionnel :**

Je sais pas s'il faut qu'on aille jusque-là mais qu'est ce qui ferait qu'on ne se sente pas écrasé par les professionnels quand on est dans la précarité quoi, est ce qu'on peut penser jusque-là ?

**Animateur 1 :**

Alors ça revient à la question quels leviers il y aurait, sur quoi on peut agir c'est ça ? Sur quoi on peut agir pour que ces peurs puissent s'apaiser, c'est ça ?

**Militante :**

Ce qui m'a interpellé c'est la peur de ne pas pouvoir répondre aux demandes, il me semble que ça peut être creusé aussi..

**Animateur 1 :**

alors qui a peur ...

**Militante :**

Demande des patients en précarité, la peur de ne pas pouvoir répondre à leur demande, comment faire ?

**Animateur 1 :**

Donc ça c'était une peur de professionnels c'est ça ?

**Animateur 2 :**

Peur des professionnels à l'égard des patients, y'avait même un échange sur la question de la .. de la puissance, de la peur des professionnels d'être ressenti comme quelqu'un de tout puissant pouvant répondre à la personne et puis du coup cette nécessité de faire comprendre que .. qu'on n'est pas tout puissant.

**Animateur 1 :**

Vous vouliez intervenir...

**Professionnel :**

Juste pour dire que peut être le savoir aussi des professionnels il a, pour les personnes qu'on accompagne, un côté rassurant, c'est une question, enfin c'est une question..

**Animateur 2 :**

Est-ce qu'il fait peur ou est ce qu'il rassure ?

**Professionnel :**

Voilà, peut-il aussi avoir un côté rassurant ?

**Animateur 1 :**

Dernière intervention parce que il faut qu'on passe aux autres groupes...

**Militant :**

J'ai la remarque inverse, c'est-à-dire que je pense que 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.

**Animateur 2 :**

Ok , et moi j'ai une question : ma question à la fin de l'atelier c'était de savoir, en fait ce dont on s'est rendu compte c'est ce que était.. que finalement y'avait pas beaucoup d'écart entre ce que l'on pensait de l'autre et ce que l'on ressentait. Mais que par contre on était persuadé qu'il y avait un écart : les militants étaient persuadés que les médecins voyaient les choses complètement diff.. ne voyaient pas leur peur, et inversement quoi. Et en fait on voit que les choses sont assez proches . Donc la question que je me posais c'est finalement, et c'est vraiment sous forme de question, 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, voilà. Mais c'est vraiment une question.

## **2) Les questions financières dans la relation médecin-malade**

### **Animateur 1:**

Comme intro juste un petit mot de la méthode..

### **Militante :**

Pour moi la précarité ce sont les enfants, la priorité ce sont les enfants

### **Animateur 4 :**

Nous on a été le groupe qui a travaillé sur l'argent et comment l'argent peut modifier les relations entre patient et soignant, et donc on a essayé de discuter à travers la maladie du diabète et puis finalement on s'est très vite détourné du sujet initial pour essayer de faire un tableau en 2 colonnes avec les difficultés qu'impliquait l'argent ou les difficultés d'argent, et qu'est-ce que ça engendrait un petit peu sur la relation entre les patients et les soignants. Du coup dans les premiers on parlait un peu des difficultés en lien avec l'argent.

### **Professionnel :**

En fait en 1<sup>er</sup> on a été obligé de faire la liste de ce que sont les priorités pour un usager dans la précarité face à la santé, où il place la santé par rapport à ses priorités en 1<sup>er</sup> lieu.

### **Militante :**

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

La douleur rend les soins prioritaires. Plus d'exams = plus de franchises. L'absence d'argent = privations

### **Professionnel :**

Là c'était une première notion pour rendre compte qu'en fait suivant quel était le problème de santé il était plus ou moins prioritaire dans le coût qu'il allait représenter, et notamment la douleur rendait le soin prioritaire et permettait d'accepter un coût, les maladies chroniques venant après et la prévention venant en dernier.

Les autres points qu'on a évoqué c'était donc dans les difficultés qu'impliquait l'argent c'était pour les usagers le choix du soignant qui était limité par les dépassements d'honoraires, par sa proximité (on en parlait beaucoup dans la région mais de manière générale en zone rurale) et dans la prise en charge des soins avec notamment le fait que des pans entiers de la santé sont mis de côté, on parlait notamment podologue, diététicienne, psychologue, opticiens, soins dentaires..

Une 2<sup>ème</sup> difficulté rencontrée c'était le manque d'information sur le coût des soins et le remboursement au décours.

Y'avait un 3<sup>ème</sup> point sur la différence de classe (on l'a abordé en dernier) entre médecin.. entre soignant et usager. On l'a pas présenté exactement comme ça mais faut dire qu'il y a peut-être à creuser le fait qu'il y avait 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.

Après on a parlé du fait que fallait pas se leurrer, les soignants avaient un intérêt financier à multiplier les actes, dans tous les cas que leur revenu à eux des soignants dépendait de leurs actes et que donc ça pouvait entraîner dans la relation une perte de confiance de la part des usagers ou une relation de dépendance si le soignant abuse de la fréquence dans les soins.

On a aussi évoqué le fait que les soignants puissent se sentir coupable de devoir prioriser et fixer des objectifs adaptés au patient, adaptés à ses moyens, dans sa prise en charge, et que donc 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, c'est à dire être capable de se fixer des objectifs réalistes, sinon y'avait un risque que le patient au final ne fasse rien et qu'il fallait mieux s'adapter à lui. Mais que ça pouvait être culpabilisant pour le soignant. Et donc de manière assez générale on a quand même évoqué le fait que la pratique libérale, le fait d'avoir un échange d'argent direct, modifiait la relation, autant pour le soignant que pour l'utilisateur, avec un questionnement de...est ce que l'utilisateur 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, et est-ce que le soignant n'a pas des difficultés lui à parler d'argent justement, à évoquer ce que vont coûter les choses, notamment en début de consultation.

Et pour finir on avait évoqué des pistes permettant d'améliorer les choses :

- 1<sup>er</sup> grand point très important c'était l'information du patient sur les coûts, les examens à faire et notamment « l'arbre décisionnel » d'examens ( si celui-ci est positif il faudra faire celui-là etc..), des bénéfices attendus pour pas qu'il y ait de mauvaise surprise, pas accepter de payer un examen dont finalement on n'aurait pas de réponse et que ça nous déçoive, et sur les compétences disponibles.. Ah oui ! Ce qui voulait dire qu'il y a peut-être un manque d'information aussi sur ce à quoi le patient pourrait avoir accès, typiquement voir qu'il existe une diététicienne qui pourrait lui donner des conseils, que y'a des gens qui prennent en charge les soins des pieds etc etc .. Enfin un manque d'information général sur comment fonctionne la santé. Donc le grand point c'était l'information.
- 2<sup>ème</sup> grand point qui serait à creuser serait comment réussir à 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, et donc qu'est ce qu'on décide ensemble que vous allez réaliser selon vos moyens
- Et enfin le problème du choix du médecin, qui a priori n'est pas une réalité, on n'a pas le choix de son médecin, et pourtant y'a des médecins qui sont plus ou moins conscients et prendraient plus ou moins le temps de gérer ça.

#### **Animateur 4 :**

Y'avait juste un petit détail sur les priorités donc y'avait des priorités qu'on découvrait qui nous paraissaient légitimes, par exemple payer son logement, parce que de toute façon si on le paye pas on va être mis à la rue, donc faut payer son logement en 1<sup>er</sup> avant de se payer des soins, donc on avait des priorités qui paraissaient légitimes, et puis à un moment est sorti le fait que certaines priorités quelquefois, les soignants mettaient souvent en avant que les priorités ne paraissaient pas très légitimes, alors y'avait les jouets pour les enfants ; des choses comme ça, du coup on n'a pas creusé mais c'est un truc, peut-être qu'on aille un peu creuser, sur comment confronter un peu nos priorités réciproques. Voilà avec l'idée qu'on mettait pas tout le monde dans le même sac, tout le monde n'a pas les mêmes priorités en tant que patient, en tant que soignant..

#### **Professionnel :**

Et quel regard on porte sur la priorité de l'autre

#### **Animateur 4 :**

Voilà si les autres groupes veulent intervenir, si y'a d'autres questions ou points qu'on n'a pas abordé.

#### **Animateur 1 :**

Moi mon questionnement il est plus effectivement dans la relation, qu'est ce qui va se passer, quel lien ça va créer ou se distendre à travers ces priorités, c'est à dire que si effectivement on priorise le logement, vous avez parlé d'huissiers, enfin je suis passé à un moment donné, vous en avez pas parlé, enfin ce que j'en ai compris hein, le logement si on le paye pas y'a un huissier qui vient donc on est obligé de faire ça alors que la santé si on n'y va pas y'a pas d'huissier qui va venir du coup l'une



des priorités liée à l'argent. Ma question est plus dans la relation avec le médecin, qu'est ce qui va se passer si effectivement c'est ça la douleur, c'est la douleur qui va faire que c'est une question de priorité, donc à un moment donné j'ai trop mal je vais voir le médecin, du coup est ce qu'il y a quelque chose qui se passe dans la relation parce que c'est parce que vous avez mal que vous allez voir le médecin donc du coup dans l'urgence et que est ce qu'on va pas vous reprocher de ne pas avoir anticipé du coup est ce qu'il va pas se passer quelque chose de cet ordre-là.. Je sais pas si j'exprime bien les chose, est ce que du coup il peut pas y avoir des remarques des professionnels de santé parce que justement vous avez pas mis les priorités, que pour lui il était évident que un jour vous auriez très mal et que vous arriveriez en urgence parce que vous avez pas anticipé, voilà..

**Animateur 2:**

Maintenant ce qui, un point qui semble aussi intéressant d'aller un petit peu plus loin, c'est sur le fait même d'aborder la question de l'argent. Et 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. Alors je sais pas de qui ça doit venir, si ça doit venir de la personne qui vient se soigner ou si ça doit venir du médecin, mais le fait même de pouvoir aborder cette question, rend peut être possible quelque chose qui ne le sera pas si c'est pas abordé quoi. Donc comment... par qui ça doit être abordé comment ça doit être abordé cette question.

**Professionnel :**

J'ai entendu dans le compte rendu que les militants disaient qu'ils n'avaient pas le choix du médecin, alors je sais pas pour moi c'est une question

**Animateur 1 :**

Votre groupe travaille ça non Josiane, le choix et la soumission, c'est pour ça que vous renvoyez cette question

**Animateur 2:**

Ok, une autre remarque ?

**Militante :**

Moi je voulais poser la question suivante : c'est que quand on va voir les professionnels et que la personne a pas d'argent pour la payer, est ce qu'ils ont le pouvoir de demander à l'Etat, en disant que la personne a mis en priorité ses factures et pas sa santé, de demander de l'aide. Merci

**Militant :**

Là on parle d'argent pour la santé, c'est un sujet que j'aime pas tellement parce que l'argent et la santé ça va pas ensemble. Ce que je voulais dire c'est que la plupart d'entre nous qui sommes pauvres ici la plupart sont en maladie longue durée, et quand on est en maladie longue durée c'est qu'on est à l'AAH. A l'AAH on n'a pas le droit à la CMU, conclusion ma santé me revient à plus de 10% de ce que je touche par an. C'est déjà un gros sacrifice !

Je donne plus pour être soigné que pour payer ma location, donc pour moi c'est quand même une priorité de me soigner. Je donne plus d'argent pour me soigner que pour payer ma location. C'est pour ça que je voulais dire que je trouve qu'on fait déjà beaucoup de sacrifices pour se soigner. Sans compter ce que les médecins touchent par la sécurité sociale ou le salaire.

Je trouve déjà que c'est énorme. Je paye 51 euros/mois de mutuelle, ça fait 600 euros par an, 600 euros / an + les 50 centimes de boîte + les 1 euros que je paye quand je viens vous voir, + l'hôpital je paye 3 euros

Quand je vais faire les fiches à l'hôpital la dernière fois j'ai payé 8 euros parce que j'avais oublié la lettre de mon médecin pour aller prendre le RV et les étiquettes je les ai payé 8 euros

Donc en tout ça me revient à 300-400 euros par mois, euh c'est ce que je paye par an et c'est ce que je touche par mois, moi je trouve que c'est quand même une honte.

### **3) Les dépendances au personnel soignant**

#### **Animateur 2:**

On va passer au 3<sup>ème</sup> groupe, d'abord ce qu'on a oublié pour le 1<sup>er</sup> et ce qu'on a essayé de reprendre pour le 2<sup>ème</sup>, peut être d'abord dire comment vous avez essayé de travailler très rapidement pour que les autres comprennent mieux.

#### **Professionnel :**

Nous on a travaillé à partir de documents qu'on avait déjà utilisé pendant les 1ers jours en fait, sur des extraits de récit, le 1<sup>er</sup> je peux vous le dire c'était juste une phrase : « en 2010, après une hospitalisation de 4 jours pour une tentative de suicide mon médecin traitant m'a envoyé pour un mois dans une clinique loin de chez moi » et du côté des soignants c'était vu comme « c'est bien elle a accepté l'hospitalisation », et du côté des militants c'était, enfin un de chaque en tout cas avait dit : « elle n'avait pas le choix »

Voilà on a discuté là-dessus, ensuite on avait l'image de la vieille dame qui allait quelque part avec son cabas sous la neige, on en avait déjà parlé la 1<sup>ère</sup> fois pour dire que les gens dans la précarité faisaient souvent de gros efforts pour aller demander des soins, et ensuite on avait 2 autres récits, voilà, et à partir de là la question c'était « dépendance par rapport au personnel soignant, est ce que c'est une dépendance choisie ou subie ? »

#### **Militant :**

Alors on avait mis : confiance/affectif, en 2<sup>ème</sup> le temps, après le 3<sup>ème</sup> : dialogue, après l'alchimie à la 1<sup>ère</sup> consultation, vulnérabilité –dépendance.

#### **Professionnel :**

En fait on est parti de la 1<sup>ère</sup> phrase avec le médecin traitant qui envoyait la personne à la clinique, et finalement on a beaucoup parlé de médecin traitant parce que .. pour les militants c'est une personne de référence on va dire avec qui on peut consacrer du temps, avec qui y'a une confiance réciproque . Là par rapport à cette phrase le fait que ce soit son MT qui l'avait envoyée dans un centre, ça faisait une dépendance choisie plus que subie finalement euh.. les notions de dialogue et de temps ressortaient beaucoup, étaient très importantes, et surtout donc la confiance réciproque, et notamment aussi démarrer pour les militants avec une confiance en soi, par ce que sans confiance en soi initiale on peut pas participer au débat

Euh voilà

Et aussi la notion d'information, bien toujours tenir au courant les patients

Après - on part sur l'autre tableau- la grande vulnérabilité qui crée une dépendance ..souvent.

Ensuite on a essayé de faire un tableau avec qu'est ce qui pouvait aller dans le fait que la dépendance soit subie, qu'il y ait une soumission de la part du patient, donc entre autre on retrouvait dans cette colonne-là la non communication, le fait de ne pas prendre en charge le patient dans sa globalité, par exemple on évoquait l'exemple aux urgences de .. qu'une personne qui vient pour un problème non aigu sera en général pas gardée hospitalisée, alors que ça peut être un souhait ou une demande. On a évoqué aussi le regard stigmatisant des soignants qui peut aller aussi dans une dépendance subie, le fait qu'il y ait trop d'interventions, trop de personnes en fait autour. On

avait un texte notamment avec un patient qui se faisait emmener à l'hôpital par un travailleur social puis qui voyait un médecin, puis une infirmière etc..et le fait qu'il y ait trop de professionnels autour ça peut euh..ça peut rendre difficile le fait qu'il communique de lui-même quoi.

On a aussi parlé des problèmes 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.

Et donc on a aussi parlé du fait qu'il y avait quand même des dispositifs existants mais qu'ils sont souvent méconnus, donc bah là notamment des dispositifs en rapport avec le réseau REVIH-STs, et qui sont pas voilà, pas forcément portés à la connaissance de tout le monde.

**Militant :**

Alors : remise en question de ses propos.. de ses propres représentations, c'est-à-dire entre professionnels et militants.

Les valises et.. s'exprimer

Porter le projet et gérer l'imprévu. Confiance et estime de soi.

**Animateur 1:**

Ca se sont des leviers, ce que vous êtes en train de dire, c'est ça ?

**Militant :**

Oui

**Professionnel :**

Dans les leviers en conclusion on avait un petit peu parlé à nouveau des logiques institutionnelles, du fait qu'il fallait favoriser l'estime de soi, et ce le plus tôt possible, dès l'enfance, qu'il fallait aussi faire connaître les dispositifs aux professionnels, voilà. Et puis vraiment tabler sur du temps et beaucoup d'écoute, que c'était quand même ça les critères principaux pour qu'il y ait une confiance réciproque et donc une dépendance choisie et moins subie.

**Animateur 1 :**

Vous avez pu tout dire ce que vous aviez à dire ?

**Professionnel :**

Et aussi on a reparlé du travail sur les représentations de chacun, des professionnels par rapport aux militants et inversement, que chacun devait retravailler ses représentations donc voilà. Pour qu'il y ait moins de dépendance de chaque côté.

**Animateur 1 :**

Des réactions ?

**Professionnel :**

Oui je voulais rajouter juste 2 petites choses qui me semblaient aussi intéressantes dans ce qui a été dit, à un moment y'a quelqu'un qui a dit : la liberté c'est résister, mais avec tout le risque de s'enfermer aussi la dedans, et à l'inverse un soignant qui disait : à force d'être dans la peur d'être

dans la non-assistance, on dépossède la personne et vous avez parlé beaucoup aussi de co-construction qui évitait justement cette soumission, voilà.

**Animateur 2 :**

Ok, alors, choix possible, soumission...

**Professionnel :**

Oui dans notre groupe on avait juste évoqué, en parlant de l'asymétrie de la relation parfois que, du fait que le militant va venir voir un professionnel avec une certaine demande, y'aura forcément bah une part de rapport de dépendance qui est peut être incompressible quoi, d'ailleurs vous l'avez dit en conclusion : comment faire pour qu'il y ait le plus possible, enfin le moins possible de dépendance subie et qu'il y ait peut être juste entre guillemet cette dépendance choisie, où la personne va être actrice le plus possible de.. du projet de soin ou de suivi social etc..

**Militant :**

Moi je voudrais intervenir parce que, la dépendance ça me choque. Bah moi personnellement, il peut y avoir des dépendances, mais moi personnellement avec mon médecin c'est la confiance en maître des sentiments, la confiance d'être bien soignée, et je pense que on va pas le voir souvent. Quand on est bien soigné, et je sais que moi je suis bien soignée par mon médecin, et je .. je confirme bien que c'est la confiance qui fait qu'on va le voir, et pas la dépendance.

**Animateur 1 :**

Donc en fait le choix, ce que j'entends là , vous avez choisi ce médecin, donc le choix il était là, en fait vous vous mettez dépendant, vous avez choisi d'être dépendant à ce médecin là parce que vous avez confiance en lui c'est ça ?

**Militant :**

Bah je dirais pas que c'est de la dépendance, parce que c'est de la confiance. De la confiance parce que..Je fais confiance à cette médecin par ce qu'elle me soigne bien, elle comprend bien mes maladies , elle trouve exactement les médicaments qu'il faut.

**Animateur 1:**

Donc si elle vous dit « allez à l'hôpital, faites ci faites ça » vous le faites sans réfléchir ?

**Militant :**

Non, non elle me parle comme si j'étais son amie, elle me dit voilà « ça ça se serait bien, ça ça serait pas bien » Et c'est moi qui choisit.

**Animateur 1 :**

Et c'est vous qui faites le choix ?

**Militant :**

Oui

**Animateur 1 :**

Donc pour avoir un choix il faut qu'il y ait plusieurs possibilités c'est ça ?

**Militant :**

Il faut que le médecin conseille

**Animateur 2 :**

Ok

**Animateur 4 :**

Y'avait une question qui avait été évoqué dans les 2 1ères journées et qui n'est pas sortie dans votre groupe, c'était la question : « est ce qu'on peut soigner les gens contre leur gré » ? Ca avait été abordé aux 2 1ères journées, on s'était pas mis d'accord en plus, du coup il me semblait que c'était.. enfin ça pourrait être à creuser.

**Animateur 1 :**

Oui c'était l'histoire de la cigogne . De la cigogne qu'on empêche de migrer pour qu'elle se fasse moins mal, vous vous souvenez ?

**Animateur 2 :**

Pourquoi elle est restée là la cigogne ?

**Animateur 1 :**

parce qu'il y a déjà beaucoup de choses  
(rires)

**Animateur 2 :**

Elle est restée là forcée hein.. Donc là c'est vrai que.. il y a une barrière qui est pas facile entre qu'est ce qui est de la confiance et qu'est ce qui est de quelque chose de subi. Je serais médecin je me dirais : mais comment je vais pouvoir voir qu'on me fait confiance, ou qu'on suit les choses parce qu'il y a pas d'autre choix possible quoi.

**Professionnel :**

C'était juste par rapport à ce qu'on avait évoqué dans notre groupe sur le choix du soignant , donc sur laquelle vous avez rebondi tout à l'heure, est ce qu'on a vraiment le choix du soignant en fait : dû à la proximité, au type de médecin, on parlait de transport ou de difficultés de transport, est ce qu'on a vraiment le choix du soignant en fait , c'était un peu ça la question, parce que madame dit avoir choisi son médecin pour la confiance, est ce qu'on peut toujours choisir son soignant en fait.

**Militante :**

Moi je reviens sur ce qu'a dit R., moi j'ai ce ... je me suis fait opérer l'année dernière d'une prothèse, j'ai choisi mon chirurgien, et quand j'ai demandé j'ai dit celui-là j'en veux pas, celui-là j'en veux pas, je voudrais un des 2 . Et 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 1<sup>ère</sup> visite, si j'ai pas confiance, le médecin il ne me revoit pas. Je choisis ! J'estime même si j'ai pas.. j'ai le droit de choisir !

**Animateur 1 :**

Alors une des réactions c'est de dire : en campagne on n'a pas forcément le choix. Donc on renvoie ces éléments au groupe, qui va cogiter ça.

**Professionnel :**

Là donc, N., R., s'expriment personnellement, elles sont des militantes, des personnes qui ont déjà travaillé beaucoup sur elle-même ou en groupe, mais on parle aussi au nom de tous les autres, des personnes très défavorisées qui n'ont pas fait tout ce chemin que vous faites aussi.

**Animateur 2:**

ok autre réaction

**Militante :**

Moi je voudrais dire quelque chose qui concerne les actes de chirurgie. Les chirurgiens qui programment des actes chirurgicaux qui pourraient être évités sur la base de rendement financier, ça existe.

**Animateur 2 :**

Ensuite ça rejoint plus la question financière...Alors est ce qu'on conclut là sur ce groupe ?

**Animateur 1 :**

On passe à ..

#### **4) Les conditions de prise en charge des patients en situation de précarité**

**Animateur 1 :**

J'avais proposé que le groupe « accueil, écoute » parle en dernier parce que j'avais entendu en passant dans les différents groupes que ces questions d'accueil, d'écoute, de temps, sont finalement abordées un peu dans tous les groupes quelque part, ça ressort, et en fait c'est pas étonnant puisque ces questions c'est déjà ce que vous aviez dit à l'issue des 2 journées dans les mots clés, mais du coup ce qui arrive derrière c'est quelles sont les conditions et comment on peut faire pour mettre en œuvre ça. Donc le groupe de P.

**Animatrice 3 :**

J'avais d'abord pensé que en effet les militants auraient pu réfléchir de leur côté puis les professionnels de l'autre, finalement on a réfléchi ensemble. On est parti de 2 récits, le récit n°2 où une personne vient pour un bilan de santé, donc avec toute une série d'exams, et le n°4 où c'est une personne qui a peur et pense avoir été contaminé par le sida et donc elle demande un dépistage. Et puis on a aussi repris les mots qui avaient été marqués sur des cartons verts et oranges à la fin des 21ères journée, voilà, on se les ai aussi relu.

Donc d'un côté on a écrit les conditions de l'écoute, donc on s'est concentré sur 3 mots : l'accueil ou la rencontre, l'écoute, et la communication. Voilà, donc pour faire court on a mis conditions de l'écoute et ensuite on a vu les obstacles.

**Militante :**

Les conditions pour l'écoute : donc une meilleure prise en charge et une considération pour ceux qui ont les plus grandes difficultés. Le dossier navette devrait être un repère humain. Si tu veux expliquer ce qu'est le dossier navette ?

**Professionnel :**

Alors comme nous sommes partis de 2 cas concrets, donc la 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. Donc là en l'occurrence dans ce cas concret c'est une fiche bleue, donc qui indique que la personne est précaire. Et on s'est rendu compte en discutant, que ce 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.

**Militante :**

Donc oui ce qui peut paraître positif aux yeux des professionnels peut être ressenti de manière négative aux yeux des personnes défavorisées. Comme par exemple, une série d'exams qui peut être vu comme une accumulation par le patient, et mal vécu.

Encourager la personne, oui on a estimé qu'il fallait aussi essayer d'encourager la personne qui fait l'effort de venir, et surtout le besoin de psychologie envers la personne.

Et reconnaître l'effort qu'elle a fait pour venir se soigner tout en étant dans des conditions précaires. Hem.. Les conditions pour une bonne écoute donc : aussi informer, donner plus d'explications au patient et aussi une préparation en amont d'autant plus grande que la personne est précaire.

Heu.. Que l'information soit connue que le personnel doit faire du chiffre, oui .. ouais non..

**Animatrice 3 :**

On a parlé donc des conditions aujourd'hui qui sont plus difficiles hein, conditions de travail des professionnels, et donc il nous semblait aussi important pour que le patient, la personne défavorisée comprenne les exigences qui sont imposées aux professionnels, et que si la personne défavorisée était au courant de ces contingences, de ces exigences, à ce moment-là elle aurait peut-être plus de tolérance par rapport aux professionnels.

**Militante :**

Les prescripteurs de bilan de santé devraient connaître le système du bilan de santé pour mieux l'expliquer au patient.

**Animatrice 3 :**

On a mis prescripteur entre guillemets hein, ceux qui demandent des bilans de santé.

**Militante :**

Que les professionnels de santé ne se coupent pas de leurs propres besoins, de leur propre humanité.

**Professionnel:**

On peut peut-être .. On voulait dire que 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.

**Militante :**

Pour la personne défavorisée l'important c'est de parler franchement, expliquer son ressenti pour que le professionnel puisse s'ajuster, qu'il n'ait pas peur de l'autre, ou de le blesser, ou d'être trop intrusif. Demander aussi l'accord de la personne afin de... de la personne afin de pouvoir coopérer.

Et les obstacles à l'écoute : ça peut être l'angoisse, un état psychologique . Aussi une exigence, exiger tout de suite. Rupture de l'accompagnement, manque de coordination , de coopération, de coordination, de communication entre professionnels et avec les personnes défavorisées. Le cloisonnement des services, le manque de travail d'équipe, comme le dossier navette dont on parlait tout à l'heure et qui est plus administratif qu'humain, l'administratif prend de plus en plus sur l'humain, sur les rapports humains. Le manque de temps , la précipitation, la méconnaissance des priorités des personnes défavorisées, l'énervement des 2 côtés, l'irrespect dans les 2 sens, la dévalorisation, la position de supériorité du professionnel. Ne pas honorer les rendez-vous des 2 côtés, et la rentabilité.

C'était les obstacles à l'écoute.

**Animateur 1 :**

Merci, réactions ?

Pas de réactions ?

**Professionnel :**

Juste 2 petites choses : ce qui a été beaucoup dit aussi c'était que la rencontre c'était dans les 2 sens, que y'avait aussi l'importance de la disponibilité, que la personne soit pas un numéro, voilà.

**Professionnel :**

Juste un petit mot pour dire qu'effectivement c'est une rencontre, qu'il y a de la confiance réciproque, et que quelque fois le patient a le choix effectivement du médecin ou de changer de médecin, le médecin des fois n'a pas le choix ! Enfin quelquefois par rapport à certains patients euh.. on essaie d'être tolérant, on essaie de.. mais on n'a pas le choix . C'est-à-dire que si le courant ne passe pas vraiment , nous c'est difficile de ne pas soigner, quelque fois on est un peu dans une impasse.

**Animateur 1 :**

Est-ce que le choix du médecin c'est pas de montrer que la personne n'est pas désirable et qu'après elle revienne pas ? (rires) J'envoie la question, dans les conditions que vous avez dit par exemple, est ce que vous avez travaillé effectivement sur les leviers ? Peut-être pas encore ... Oui à travers ces



conditions voilà, sur quoi on peut agir, hein, pour que .. donc modifier les conditions pour pouvoir être plus dans l'écoute, l'accompagnement ,etc.. c'est ça, c'est ce que vous comptiez faire après?

**Animatrice 3:**

Voilà.

**Militant :**

Sérieusement, tout à l'heure, par rapport de R., elle a bien précisé comme quoi : confiance, mais si on n'a pas confiance dans le docteur pourquoi on va chez docteur? On est bien content que le docteur il nous soulage pour nous bien guérir, donc je suis pas d'accord du tout ! Confiance en soi, après le reste il va tout seul, merci !

**Animateur 1 :**

Donc il faut parler directement..

**Militant :**

Tout à fait, même avec le docteur, avec tout le monde, direct, face à face, on parle qu'est-ce qu'on pense.

**Militant :**

Oui tu dis confiance en soi, mais moi je suis comme Rose, moi j'ai pas confiance .. au médecin : c'est pas à ses capacités, c'est à ses capacités...pas au médecin, 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, je suis comme R. ...

**Animateur 2 :**

Ok

**Professionnel :**

C'était pour rebondir sur la compréhension parce que juste avant de venir j'ai lu le dernier bulletin de l'ordre des médecins, et y'avait une sociologue qui travaille sur les étudiants qui choisissent la médecine, et elle disait que ceux qui réussissent le concours ce sont des jeunes adultes qui sont issus de milieux très favorisés, et que ça pouvait poser problème pour la prise en charge de patients dans la précarité parce qu'ils ne savent pas vraiment ce que ça représente concrètement. Ils ont des clichés, des idées de ce qu'ils ont pu lire , mais ils l'ont pas vécu de manière proche, même si ils l'ont pas vécu eux parfois c'est pas sûr qu'il l'ait vécu aussi dans leur entourage amical ou euh.. voilà.

**Animateur 2 :**

D'autres aspects sur l'écoute, la communication ?

Donc travailler plus sur les leviers mais c'est presque quelque chose qu'on pourrait dire pour tous les groupes hein, c'est-à-dire essayer cette après-midi dans les ateliers de voir quels pourraient être le ou les leviers qui sur les 4 sujets qui sont les vôtres rendent quelque chose de possible.

**Animateur 1 :**

Donc cette après-midi la proposition qu'on fera pour la présentation s'il y a des gens extérieurs, donc on mettra les tables plus parallèles pour que les gens puissent voir derrière, c'est que les personnes, les portes paroles, éventuellement puissent se lever et qu'on puisse montrer si y'a des tableaux à présenter qu'on puisse les montrer, il faudra qu'on, soit on mettra sur un paper board soit on tiendra à la main, pour qu'on puisse bien montrer au public un peu les différents éléments qui ressortent, pour qu'il y ait un support visuels. Les invitations ont été envoyés à tous vos chefs, c'est-à-dire on a repris toutes les personnes inscrites, dans les institutions les responsables des institutions, alors les libéraux n'ont pas beaucoup de chefs..Donc on verra bien.

## **SEANCE DE RESTITUTION DEVANT LES PERSONNES EXTERIEURES :**

### **Animateur 1 :**

On va débiter la dernière partie de cette formation.. Donc on souhaite la bienvenue aux personnes présentes pour cette restitution, on s'excuse un peu du retard, qu'on a eu du mal à combler, mais c'est lié au travail intense qui a été effectué dans les différents groupes.. Vous allez voir...

Donc je voulais d'abord remercier tout le monde, toutes les personnes qui se sont inscrites à la formation, qui ont voulu essayer de travailler cette question d'exclusion et de santé, et de comment avancer, vous tous qui êtes présents ici, représentants d'institution et certains professionnels qui êtes venus à cette restitution. Le secours catholique et ATD quart monde qui ont accompagné des militants. Quand on parle de militants ici on parle de personnes qui ont l'expérience de la vie extrêmement difficile. Je vais remercier aussi la MRIE qui a suivi l'ensemble des travaux, qui va nous aider à mettre en forme un certain nombre de choses pour la suite. Euh, REVIH STS bien sûr qui organise cette coformation. Je voulais remercier également les financeurs.....

Je tenais à remercier aussi le centre hospitalier de Chambéry et particulièrement 3 services : le service de permanence d'accès aux soins de santé, le service de la formation continue, où les 2 1ères journées ont eu lieu à la formation médicale continue de l'hôpital de Chambéry, et puis également la direction des soins infirmiers, qui a toujours soutenu cette démarche depuis quelques années. Je remercie également la maison diocésaine qui nous accueille dans ses locaux cette après-midi, on a plus de place que ce qu'on avait à la formation continue. Un certain nombre de gens sont excusés, je vais pas tout citer, je cite quand même un grand acteur de la revue Prescrire, qui aurait voulu être là et qui ne peut pas être là, Jacques Vuillard, Jean Vanois aussi qui hier m'a appelé en me disant qu'il avait eu un petit souci donc qu'il ne pourrait pas être là, mais y'a un certain nombre d'autres personnes je cite pas tout le monde.

Voilà, donc l'objectif de cette formation puisqu'on était bien dans le cadre d'une formation professionnelle, c'est d'essayer de trouver des conditions, qui permettent d'améliorer les soins et la santé des personnes en grandes difficultés sociales. L'une des conditions est d'améliorer les relations entre les professionnels et les personnes qui ont l'expérience de la misère, dans un projet de santé.

Donc le groupe de professionnels est un grand groupe, d'ailleurs on s'était dit théoriquement une vingtaine de personnes, il y a eu plus de 30 demandes donc on a arrêté à 30 professionnels, qui se sont inscrits avec euh.. la particularité par rapport à d'autres coformations où y'a beaucoup de gens de la santé mentale, de psychologues, ce qui était inhabituel dans les précédentes coformations.

Alors je sais pas si ça donne une couleur ou pas à la formation ou pas, beaucoup de libéraux, notamment de psychologues libéraux entre autres, mais pas que bien sûr, il y a bien sûr ensuite un peu toutes les professions représentées, médecins, infirmières, kiné etc.. et puis des travailleurs sociaux qui travaillent en lien avec la santé également.

Le groupe des professionnels a une particularité vous l'avez remarqué il est très très féminin. Voilà y'a aussi des internes, y'a plusieurs internes en médecine.

Le groupe des militants donc sont accompagnés à la fois par ATD Quart Monde et le Secours catholique, et ont eu une réflexion sur ces questions de santé et de lien avec les professionnels de santé.

Donc la méthode que nous avons appliquée pendant 3 jours, donc il s'agit d'une véritable formation-recherche-action, donc une formation sur le mode de la recherche. Les acteurs, qu'ils soient professionnels ou militants, cherchent ensemble, chacun apporte ses connaissances et sa réflexion en analysant des situations. Alors en effet je le rappelle, un certain nombre d'entre vous le savent maintenant bien, mais d'autres qui découvrent un petit peu : je rappelle qu'il existe, on considère qu'il existe 3 types de connaissance : les connaissances universitaires que nous on a appris à la faculté de médecine, d'autres pour les psychologues à la faculté, donc des connaissances universitaires. Les connaissances professionnelles qui sont liées au terrain, au travail face aux personnes, ou euh.. disons l'expérience, les connaissances issues de l'expérience professionnelle. Et puis des connaissances issues de la vie de tous les jours, donc on va dire les connaissances d'expérience pour les personnes en grande difficulté sociales, c'est-à-dire que les professionnels en général n'ont aucune expérience de vie directe dans des conditions très difficiles.

Les connaissances universitaires et professionnelles sont tout à fait élaborées, tout à fait reconnues sur le plan de la société. Les connaissances issues de l'expérience sont beaucoup moins reconnues et en tout cas pas organisées. Et ici on essaie d'avoir mis en place certaines conditions qui permettent à la fois, bien sûr à la base de les reconnaître, mais également de les organiser. Et donc ce qui est formateur, cette expérience vécue, cette expérience vécue c'est pas du témoignage, l'objectif c'est pas du témoignage, c'est réellement que les personnes concernées puissent élaborer et donner leur réflexion qui est une réflexion non seulement sur elles ou sur...dans leur milieu, mais également sur le monde qui les entoure et qui leur fait subir cette exclusion.

Ce qui est formateur, c'est donc ce croisement des savoirs et des connaissances de chacun. Donc c'est pas toujours forcément facile, il faut que chacun s'adapte, faire des efforts pour comprendre le raisonnement de l'autre. Nous avons déjà travaillé avec ces méthodes avec les personnes en situation de très grande pauvreté, c'était en 2005, avec des migrants, avec des gens du voyage il y a 2 ans. Cette approche avait été mise au point par ATD quart monde après une dizaine d'années de travail et 3 livres, que l'on a mis sur la table qui sont des livres un peu de référence sur cette idée de croisement, car ça nécessite également euh .. une approche éthique pour ne pas non plus mettre les personnes en danger. Les personnes donc qui sont présentes ici ont été d'accord sur quelques éléments de base, d'abord d'accepter une approche différente de la formation et des relations, une approche inhabituelle, d'accepter que les savoirs sont complémentaires de même niveau, donc les personnes en difficultés apportent leur savoir issu, il a autant de valeur que celui des professionnels. On a mis en place des moyens pour être plus à égalité dans la réflexion par exemple des photos langages, des récits d'expérience. Les personnes recherchent ensemble en apportant leur savoir ou

leur réflexion, plutôt que des témoignages, comme je vous le disais tout à l'heure. Quand il y a des éléments de vie personnelle qui sont exprimés, cela ne sort pas du groupe, l'objectif ce n'est surtout pas de ..de... d'être en insécurité sur des risques d'interprétation d'un certain nombre de choses, donc tout le monde doit s'y tenir, par exemple les récits d'expérience qui ont été utilisés seront détruits ce soir, ils ne seront pas utilisés à d'autres fins.

Les professionnels sont divers, ils peuvent avoir des avis divergents, c'est la même chose bien évidemment pour les personnes en grande difficultés. Et il est tout à fait possible dans ces formations de ne pas être d'accord, de confronter ses points de vue, mais toujours toujours dans le respect de chacun.

Donc sur ces 3 jours nous avons commencé par travailler les professionnels d'un côté, les personnes en difficultés de l'autre, avec un temps de mise en commun des réflexions autour des représentations. Vous avez ici des résultats de photolangage par exemple, sur les représentations du rôle des professionnels ou du rôle des personnes en difficulté dans un projet de santé. Des représentations sur les questions de la santé, de la misère, comment se représentent chacun les choses. Ensuite nous avons écrits des situations où il s'est passé quelque chose entre un ou des personnes en difficulté et des professionnels de santé. 7 récits ont été donc la base de travail pour la 2<sup>ème</sup> journée.

Dans cette 2<sup>ème</sup> journée, tous ont travaillé ensemble dans des groupes mixtes avec des professionnels et des personnes qui ont l'expérience de grande difficulté sociale, pour essayer de mettre en évidence, à partir donc de situations concrètes, des logiques qui sont mises en jeu dans les interactions entre les gens, y'a des logiques institutionnelles, y'a des logiques professionnelles, y'a des logiques liées à la personne, certaines vont dans le même sens, certaines s'opposent .

Ils ont travaillé ensuite sur la nature des relations : on est dans des relations de pouvoir, des relations de pitié, des relations d'argent , des relations de peur etc.. Et puis les conditions pour être acteur dans un projet de santé.

L'ensemble des personnes présentes a après notifié une condition à éviter absolument et une condition nécessaire pour que les choses puissent se passer mieux.

A l'issue de ces 2 jours, le comité de pilotage, en fonction de ce qui est ressorti de ces 2 journées, a proposé de travailler sur un certain nombre de nœuds, ce qu'on a appelé des nœuds , des choses un peu clé qui sont ressorties, des constats fondamentaux où un certain nombre de choses se jouent dans ces relations à travailler ensemble qui a été la base de cette journée aujourd'hui.

Donc 4 nœuds prioritaires ont été définis et travaillés ce matin : le 1<sup>er</sup> autour des questions financières, quelles interactions dans la relation, les questions financières qui n'étaient pas sorties des co-formations il y a quelques années, qui aujourd'hui visiblement sortent quand même de façon importante, c'est une évolution sociétale qu'il faut prendre en compte, donc quelles interactions dans la relation ?

Le 2<sup>ème</sup> atelier : quelles conditions pour accueillir, écouter, communiquer ? Tout le monde dit effectivement, on est tous d'accord pour dire qu'il faut pouvoir mieux communiquer, mieux accueillir, prendre du temps avec les personnes mais quelles en sont les conditions pour que ça puisse se faire ?

3<sup>ème</sup> atelier sur les peurs et les violences qui habitent les relations, comment les reconnaître et comment les dépasser ?

Et le 4<sup>ème</sup> : la dépendance au personnel soignant est-elle choisie ou est-elle subie ?

Voilà donc ce sont ces 4 groupes de travail sur ces 4 thèmes qui vont maintenant vous présenter les 1ers résultats, alors bien sûr pas des choses fixées, mais des choses qui vont peut-être ouvrir à discussion, qui vont ouvrir des pistes de travail, euh, ils ont travaillé pendant 2H entre ce matin et le début d'après-midi sur ces thèmes, et donc on va proposer 5mn par groupe de présentation et puis on fera ensuite un jeu de question-réponses sous forme de ce qu'on appelle de forum-tortue, c'est-à-dire que la salle posera si possible 4 questions sinon 8 questions, et ensuite chaque groupe travaillera la réponse pour que la réponse soit collective à la question. Aux questions posées.

Voilà, dernière chose, on enregistre cette restitution, donc si ça pose des problèmes aux personnes qui sont euh, qui viennent là quand vous prendrez la parole vous nous direz, simplement l'objectif c'est que les choses ne soient pas réinterprétées directement, mais que la MRIE puisse en faire un outil de travail validé par l'ensemble des participants. Donc si ça pose problème pour vous quand vous intervenez sur l'enregistrement vous nous direz bien sûr.

Donc je laisse la parole aux différents groupes, on commence par quel groupe ?

On tourne, donc le groupe sur les questions financières, les questions d'argent non ? parce que je vois brieuc qui s'est pas placé à la bonne place.. On commence par les questions financières.

## **1) Questions financières dans la relation médecin-malade**

### **Militant :**

Nous on a établi un certain nombre de faits en résumé. On a constaté qu'il existait d'autres priorités que la santé et la prévention pour les personnes en difficultés. C'est-à-dire qu'il y a des charges, des frais de logement etc.. qui sont prioritaires dans le budget des personnes en difficulté. Malgré les remboursements, la santé a un coût, elle a des frais directs et des frais indirects : les frais directs ce sont les honoraires et les franchises des soins, les frais indirects ce sont par exemple les déplacements à effectuer pour pouvoir bénéficier de ces soins, qui sont pas toujours très accessibles, surtout en milieu rural.. Le paiement à l'acte modifie la relation au soignant. Alors on a constaté un procès en suspicion par rapport au salariat, les médecins ont l'impression qu'ils sont jugés sur le nombre d'actes qu'ils font accomplir, et pour lesquels ils se font rémunérer, et donc il y a un malaise du soignant. Ils estiment qu'en compensation ils doivent prescrire.. qu'en compensation du paiement ils doivent plus prescrire. En cas de douleur on réfléchit moins à la dépense tant que ça reste dans nos moyens, c'est-à-dire que, en d'autres termes, 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. L'offre de soins est limitée par les dépassements d'honoraires, la proximité avec le soignant, la prise en charge de certains soins. Donc les personnes exclues ont peur de l'augmentation des dépassements d'honoraires et des franchises mais les soignants eux-mêmes aussi sont sensibles à ces dépassements d'honoraires et à ces franchises. On se propose de euh.. on souhaite proposer un projet et s'adapter aux patients, voilà.

**Professionnel :**

Juste pour compléter, quand on dit proposer un projet la solution que l'on avait trouvée c'est de trouver un compromis entre le patient et le soignant pour proposer un projet de soins qui soit accessible à ses moyens tant physique, du plan de l'éloignement, que financier voilà. Mais c'était pas toujours facile et notamment en .. 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.

**Animateur 4 :**

Voilà du coup la question qui nous avait été posée avec ce groupe c'était : « en quoi l'argent peut poser un problème dans le parcours de soins mais surtout, en quoi ça a des implications sur la relation dans la consultation entre le soignant et le soigné ». On a avancé un petit peu avec les éléments qu'on avait eu pendant les deux premières journées, on a eu quelques points un petit peu de débat, sur entre autre les priorités qu'ont les patients, des choses que les soignants n'avaient pas envisagées, et l'idée était un petit peu de faire émerger un débat sur des contradictions et finalement déjà pour mettre les choses un petit peu au clair sur certaines vérités, vérités entre guillemet hein, qu'on a essayé de faire ressortir, et ben on s'est rendu compte que ça prenait quand même beaucoup de temps pour formaliser euh.. formaliser comment l'argent influençait la relation entre le.. entre le soignant et son patient. Du coup on a quelques « vérités » entre guillemets qui peuvent servir maintenant de pistes un petit peu de réflexion, pour essayer de se dire : ben à partir de ces constats comment est-ce que chacun on peut essayer de s'adapter, non pas d'un point de vue forcément euh.. politique global, c'est à dire est ce qu'il faut que les systèmes changent, mais un petit peu chacun d'entre nous, comment partir de ces constats pour essayer d'améliorer nos relations, et améliorer la qualité des soins. Voilà, donc on va laisser la place maintenant à vos questions, sachant que le résultat qu'on vous a exposé est issu de nombreuses discussions entre nous, donc si vous avez des questions on en a sûrement un peu discuté nous déjà, et on espère vous apporter des éléments de réponse.

Est-ce que quelqu'un a des questions ?

**Animateur 1 :**

On prendra peut-être les questions à la fin des tours parce que y'a des choses, voilà y'a des choses qui vont peut-être se croiser. C'est vrai moi ce que j'ai entendu un petit peu ce matin aussi hein, de l'extérieur des premiers travaux de restitution, c'est que y'a certaines priorités qui sont données, liées à .. liées à un certain nombre de règles sociales, par exemple le logement, la priorité du logement est de payer le logement parce que on n'a pas la choix, parce que de toute façon si on paye pas y'a un huissier qui va venir vous expulser, alors que on peut tout à fait ne pas se payer les soins et donc mettre la priorité sur le logement puisque les soins à la limite, mais ça c'est une interprétation personnelle, l'huissier va venir si on va se soigner et qu'on peut pas payer, donc autant pas se soigner. Donc la question de la priorité qui est ressortie, et vous l'avez redit là c'est également : ça devient une priorité quand c'est de la douleur, et ce que j'ai entendu ce matin c'est que du coup les maladies chroniques ne sont pas forcément une priorité et encore moins la prévention, c'est ce que j'avais entendu aussi ce matin, est ce que ça .. ça reprendrait un peu ça. Et après l'autre question dans les relation c'est la question du jugement, de ce que j'ai entendu aussi, c'est-à-dire un peu 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 hein, et puis inversement 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 ». Donc tous ces débats-là de représentations, que vous avez commencé à aborder dans le groupe, mais que vous avez pas... pour des raisons de temps et autre, qui sont des pistes de travail pour la suite.

**Animateur 2 :**

Donc il faut noter les questions et puis après on les posera à la fin de.. des 4 groupes qui ont travaillé. Alors 2<sup>ème</sup> groupe, le 2<sup>ème</sup> groupe a travaillé sur les peurs et violences, et dans les deux 1ères journées, la question est venue notamment la première journée à travers les photo-langages..

## **2) Les peurs et violences dans la relation médecin-malade**

**Animateur 2 :**

A travers les photo-langages, sur les rôles que l'on ..les rôles que l'on se donne ou que l'on voit aux autres. Les militants par exemple nous ont parlé de leur parcours de santé, ils l'ont présenté, vous voyez peut être mal, mais 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. Et du coup en face ça renvoyait quelque chose de violent. Et la 2<sup>ème</sup> photo qui avait été choisie elle par les professionnels, c'était les bisons dans la brume, qui à la fois donc comme, comme des acteurs qu'on voit pas trop, qu'on définit pas trop, mais en même temps on sait que quand ça charge ça peut faire mal, voilà.

Donc on sentait bien que derrière ça y'avait des questions autour de cette peur et violence, qui se disaient même si ça s'exprimait pas encore bien bien. Alors le groupe qui a travaillé nous donne quelques-uns de ses résultats.

**Professionnel :**

Donc juste pour commencer on rappelle comment on a travaillé dans l'atelier. La méthodologie au départ c'était de euh.. donc dans l'atelier y'avait à la fois des professionnels et des militants, on s'est mis en petits groupes pour que chacun définisse quelles étaient..quelles pouvaient être ses propres peurs en tant que professionnel ou militant, et quelles étaient les peurs supposées chez l'autre dans le cadre de la relation de soin. Ensuite on a mis tout ça en commun et en conclusion de cette mise en commun on s'est rendu compte qu'on avait des idées assez communes et relativement justes de quelles pouvaient être les peurs des uns et des autres, donc des patients militants et des professionnels, que on avait euh.. donc vraiment par contre 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, par contre on constatait qu'il y avait une réelle envie de part et d'autre d'entrer en communication et de se remettre en question également. Et puis on avait insisté sur 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..enfin d'aider à faire émerger ..la vraie demande.

Donc du coup en début d'après-midi on a retravaillé un petit peu, parce qu'on avait beaucoup travaillé sur les peurs, un petit peu moins sur la violence ou les violences, et on a un petit peu

retravaillé notamment sur les causes des violences qui nous paraissent souvent liées avec les peurs , et puis ensuite dans un second temps sur les levier, les moyens de faire tomber un peu ces peurs et ces violences.

**Militant :**

Voilà, les causes de la violence entre les professionnels et des militants :

Donc ne pas avoir les mots pour exprimer un ressenti, une douleur, une attente ; le manque de tenue de ses engagements ; ressentir chez l'autre euh...de la peur à son égard. L'angoisse, l'inquiétude, une mauvaise estime de soi difficile à avouer. Un.. ah c'est toi.

**Professionnel :**

Ensuite du coup on a un petit peu essayé de faire émerger des solutions, des leviers tout du moins, pour améliorer les choses, donc justement arriver à 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 1<sup>ère</sup> chose c'est de dire « bravo d'être venu, c'est courageux », et de valoriser..de valoriser ça.

Voilà, l'importance de la confiance toujours, de mettre la personne à l'aise et euh..

Donc on a parlé aussi effectivement du 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, et puis on a vraiment beaucoup insisté à la fin sur l'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, c'est d'ailleurs le nom d'une association ici présente .

Ah oui et puis il y avait quelques questions un petit peu en suspens, donc on parle beaucoup de la communication, de la qualité de la relation et de la mise en confiance mais du coup comment concrètement permettre ça, le mieux possible et puis euh..donc justement on a beaucoup parlé autour des peurs qui sont souvent le point de départ de l'agressivité, de la violence et de l'incompréhension, donc une question en suspens, est ce que il faudrait pas pouvoir s'avouer nos peurs et nos craintes respectives, voilà, la question reste ouverte.

**Animateur 2 :**

Merci bien..Nous passons au 3<sup>ème</sup> groupe. F. tu veux compléter, est ce que tu veux à nouveau compléter quelque chose ?

**Observatrice :**

Vous avez toujours pas parlé de la question de l'hygiène..

(rires)

**Animateur 2 :**

La question ?

**Observatrice :**

De l'hygiène.

**Animateur 1 :**



On aime bien les personnes extérieures parce qu'elles repointent des choses..

**Animateur 2 :**

Donc c'est vrai que le ..un des exemples qui a fait beaucoup débat dans le groupe est parti de en gros : le bison, qu'est-ce qu'il est , quelles sont les peurs qui .. qui peut générer le malaise, et on a parlé de situation où la personne venait avec un manque d'hygiène par exemple qui rendait la relation difficile euh..et du coup euh.. on décide déjà de comprendre qu'est ce qui peut faire qu'une personne vienne dans cet état-là, et puis à partir de là, aussi , 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.

Du coup bon il y a eu beaucoup de choses qui se sont construites à partir de cette question-là, et euh..notamment une des réponses a été autour de la nécessité de valoriser la personne et en même temps de reconnaître que des sujets sont difficiles à avouer, à parler, et euh.. bon y'a l'hygiène mais on a parlé de la question de l'alcool avec en fait aussi même l'existence même du déni de la situation qui rend les choses encore plus compliquées et euh.. que évidemment il semble quand même 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 dérangeant chez lui, mais en même temps que cela suppose une relation de confiance et que tant que cette relation de confiance n'est pas construite , l'avouer c'est lui renvoyer quelque chose de violent, qui .. on a vu avec quelqu'un par exemple qui disait : « ça peut tout de suite même couper la relation, on revoit pas la personne, et donc on lui aura dit, peut être que c'était important mais pour le reste y'aura pas de suivi . Voilà »

**Animateur 1 :**

Merci.

J'entendais également « main dans la main » l'une des réponses, j'ai entendu ça, dans les photolangages que vous avez là sur les représentations du rôle des professionnels, comment les personnes se représentent les professionnels, euh sur la colonne la plus devant là, vous voyez y'a 3 photos avec des barques. Les 3 groupes de professionnels, alors que chacun avait un choix d'une trentaine de photos complètement différentes, les 3 groupes de professionnels ont sorti une photo avec...une photo avec des barques, en disant, globalement hein, je caricature un peu : « on navigue à vue, avec vous, on est avec vous et on navigue à vue, on sait pas trop où mais avec vous »

On est quand même avec des professionnels..

**Animateur 2 :**

On est dans le même bateau..

**Animateur 1 :**

On est quand même avec des professionnels qui ont déjà fait du chemin par rapport à d'autres peut-être, mais au-delà de ça les militants, quand ils ont choisi leur photo donc les 2 photos des 2 groupes de militants sur les professionnels, vous voyez y'a un groupe de...donc c'est des oiseaux qui volent, c'est des oies ?, où les militants disent : on vous demande d'être en équipe et d'être cohérent. Et l'autre où c'est un maître, donc le médecin, s'il représente le médecin, sait beaucoup de choses mais il peut faire des bêtises. Mais dans les 2 cas, ils sont complètement en dehors, alors que dans les 3 cas des professionnels on voudrait être avec vous. Donc y'a peut-être aussi quand même un écart là entre la volonté des professionnels et la réalité de vie des personnes, mais ça je renvoie la question pour le débat.

On passe au groupe suivant ?

### **3) Les dépendances au personnel soignant**

#### **Animateur 2 :**

Le 3<sup>ème</sup> groupe a travaillé sur la question de .. de .. de la capacité de choisir son... un projet de santé. Alors la question elle est venue à travers les différents récits, et notamment sur un récit où la personne semblait répondre, répondre facilement à la demande du soignant, je me rappelle plus dans quel cas exactement, et 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. » Donc la euh... comment dire, à l'acceptation du soin proposé, 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. Donc voilà d'où est parti le questionnement de cet atelier.

#### **Professionnel :**

On est parti ce matin sur essayer de voir un petit peu qu'est ce qui peut faire que la dépendance soit choisie ou subie, en partant du principe que de toute façon, 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 . Et du coup donc les conditions, enfin une dépendance choisie, c'était surtout, ce qui ressortait le plus c'était la notion de confiance en fait, une confiance réciproque avec notamment ben les médecins traitants, parce qu'on pouvait prendre le temps, euh, fallait une bonne capacité d'écoute surtout, dialoguer, euh voilà, informer bien le patient toujours, et éventuellement dans le cas de .. hors médecin traitant à l'hôpital ou autre, avoir une personne référente s'il devait y avoir plusieurs professionnels autour du patient. Parce que donc justement dans les causes de dépendance subies, y'avait le fait qu'il y ait 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. Dans les dépendances subies ben y'a aussi les hospitalisations sous contrainte mais dans des contextes plus de maladies psychiatriques surtout. Une autre dépendance subie c'était le fait de ne pas prendre en compte un patient dans sa globalité, même si on a quand même dit que c'était pas forcément toujours possible, entre autre à cause des logiques institutionnelles. Euh.. encore une autre cause de dépendance subie, ben le manque de communication, le fait que les professionnels puissent avoir un regard stigmatisant.

Après y'a le.. alors d'autres choses qui peuvent bloquer, donc la déclaration.. le fait de déclarer un médecin traitant, ça peut être pris comme une contrainte, et du coup une dépendance subie. Comme le fait que les médecins refusent de prendre la CMU ou autre, ça peut aussi limiter le choix forcément des patients.

Voilà, après au niveau des professionnels, y'a les dispositifs pour aider, les réseaux etc.. qui sont pas toujours connus donc ça peut aussi participer à une dépendance subie et euh.. et on a fait à peu près le tour.. Et le fait que ben voilà, un patient choisisse pas toujours son médecin notamment à l'hôpital, aux urgences ou autre, c'est un peu assigné quoi.

Et donc cette après-midi on est plutôt parti sur qu'est-ce ...quelles conditions il fallait pour que la dépendance passe de subie à choisie si possible.

**Militant :**

Pour les leviers, on a vu donc, chaque personne est particulière, donc on prend la personne dans sa globalité. Y'a l'adaptation (si je me trompe pas). Ecoute et partage des infos, dialogue, chacun a des connaissances à prendre en compte. Le respect mutuel, la confiance réciproque, chacun a ses responsabilités. La souplesse, le rééquilibrage des statuts, plus d'information, la dignité du patient, la réflexion du patient ..du patient sur son projet de soin. Laisser au patient un espace de parole, faire verbaliser. Préparer l'entretien avec le médecin et.. Ah accepter le refus des soins, pas de chantage, prendre le temps, plus de temps. Intégrer, intégrer plus le patient dans son projet de soin, écouter, dialoguer, la communication interprofessionnels, personne référente enfin personne.. médecin référent, interprète s'il le faut. Choisir ses dépendances, médecin traitant par exemple, et pas de chantage du médecin.

Ah y'a une chose qui est pas marquée là que je viens de me rappeler, y'a une charte du patient dans tous les hôpitaux, donc qui peut quand même nous informer.

**Professionnel :**

On a à peu près fait le tour là je pense de ce qu'on avait fait.

**Animateur 1 :**

Merci, La question du choix nécessite plusieurs possibilités hein, sous-jacent à votre réflexion. Et que pour être acteur faut avoir un choix c'est ça ? Donc vous avez entendu, j'ai entendu beaucoup de termes, accueil, écoute, donc des termes qui sont ressortis aussi à la 1ère journée, donc y'a un groupe qui a travaillé plus spécifiquement cette question parce que euh..l'accueil, l'écoute, c'est gentil, mais comment on fait en pratique, quelles sont les conditions pour que ça puisse se faire, et donc un groupe a travaillé cette question-là donc le 4<sup>ème</sup> groupe, on vous laisse la parole.

#### **4) Les conditions de prise en charge des patients en situation de précarité**

**Militant :**

Etre acteur dans l'écoute :  
Oser dire les choses...

**Animatrice 3 :**

Juste ce matin nous avons vu quelles sont les conditions nécessaires pour vivre l'écoute, l'accueil, la communication.. Et puis nous avons vu aussi les obstacles, qui nous empêchent de vivre cet accueil, l'écoute, la communication. Donc là cette après-midi nous sommes partis sur: que faire, comment être, quels outils utiliser pour être acteur, que ce soit de la part des personnes défavorisées, que ce soit de la part des professionnels, comment être acteur dans cette écoute ?  
Donc là voilà, donc P. commence voilà, de la part des personnes défavorisées, voilà, quoi faire.

**Militant :**

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.

Accepter...

**Professionnel :**

Donc après pour les professionnels :

Accepter de perdre ses propres repères pour inventer des solutions nouvelles, en coopération donc avec la personne défavorisée et en coordination avec les autres professionnels de santé.

Alors dans les solutions nouvelles, donc on a euh... donc dans les solutions nouvelles on a parlé de 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. Donc là on a parlé de l'hygiène, de la violence, de l'agressivité. En partant de ce que la personne défavorisée nous explique... nous donne.

Et donc, donc après on a encore remis quelque chose qui nous semblait important, donc être vigilant à la violence que peuvent induire les dispositifs, les dispositifs de santé, les dispositifs sociaux, qui peuvent être mal expliqués, et il faut justement 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.

**Animateur 1 :**

Le groupe vous êtes d'accord, ça représente un peu..oui, c'est bon ?

**Professionnel :**

Ça a été fait en commun..

**Animateur 1 :**

Ca a été fait en commun, oui bien sûr, tout le monde est d'accord !

Voilà, donc on a fait la présentation, qui est bien sûre extrêmement résumée, hein des points extrêmement résumés d'un certain nombre de débats qui ont duré quand même .. un certain temps. Donc on vous propose de prendre un temps de questions – réponses, que vous puissiez poser des questions ou faire des remarques qui permettent de donner des pistes hein. Chaque groupe ensuite prendra 1 ou 2 questions, on s'arrêtera 3 mn pour qu'ils puissent en parler, pour que à la fois la réponse soit à la fois avec des professionnels et des militants, que ça puisse être une réponse collective plutôt qu'individuelle à la question posée. Donc on vous propose de prendre : si c'est sous forme de questions : 4 questions, s'il y a aussi des remarques on les rajoute par-dessus.

## **QUESTIONS SUR LA RESTITUTION**

**Animateur 2 :**

Qui veut bien se lancer dans ce jeu de questions ?

**Spectateur :**

Moi j'aimerais bien que le 1<sup>er</sup> groupe puisse avancer un peu plus, nous donner plus de retour sur le projet.. projet euh...donc tout à l'heure vous avez dit en fait que vous trouvez un compromis entre

patient et soignant, qu'est-ce que vous appelez compromis et à quel niveau c'est un compromis financier, si c'est que financier ou si c'est autre chose ?

**Animateur 2 :**

C'est une question renvoyée sur le groupe qui a travaillé plutôt les questions financières, après on prend toute une série de recueil de questions, pour que on l'espère l'ensemble des groupes ait de quoi se mettre... des choses à réfléchir.

**Animateur 1 :**

Il est clair que dans les réflexions vous pouvez dire « on n'est absolument pas d'accord avec ce qui a été dit », ou « c'est trop gentil et est ce qu'il y a pas des sources plus compliquées.. »Faut pas hésiter hein.

**Spectateur :**Juste une réflexion par rapport à ce qui s'est dit dans le dernier groupe sur le ..sur la dérision. C'est très important effectivement parce que l'humour peut amener à déstresser un paquet de situations, mais attention, je crois qu'avant de se lancer là-dedans il faut aussi prendre en compte l'état de la personne, parce que ça peut être une arme à double tranchant.

**Professionnel :**

C'est bien ce qu'on s'est dit aussi...

**Animateur 2 :**

Un élément de débat sur la notion d'humour, dérision..

**Professionnel :**

Juste une question pour le dernier groupe sur la notion de prendre du temps pour discuter avec les gens, je voulais savoir si vous aviez eu un débat sur comment prendre ce temps en fait, ou comment exploiter le temps qu'on a lors de nos consultations etc.. juste comment pouvoir mettre en œuvre ce.. ces...ce temps voilà. J'ai l'impression qu'on a beaucoup entendu parler du temps, et donc savoir si vous avez parlé dessus, voilà.

**Animateur 2 :**

Merci

**Spectateur :**

Je sais pas si c'est le 1<sup>er</sup> groupe, mais la question que j'ai noté c'est à propos de .. des soignants. Je voulais savoir qui étaient les soignants, parce que j'ai cru comprendre que les dépassements d'honoraires c'était un peu le genre Richard Virenque, à l'insu de leur plein gré. Mais ils sont quand même responsables de leurs prix, et j'ai traduit un peu quelque chose qui...qui correspond tout à fait à ça : « sachant que la douleur efface le prix», c'était pas dit comme ça mais ça veut dire ça, et je trouve ça très fort, c'est très fort de le penser, mais par contre c'est ...j'ai un gros point d'interrogation sur le soignant qui souffre du dépassement d'honoraire ?

(rires)

C'est, voilà, c'est vraiment j'ai besoin de savoir avant de rentrer chez moi, c'est important.

**Animateur 1 :**

Ce serait pas mal quand on prend la parole qu'on se présente, je suis en train de penser..

J-L V., président de Revih STS..

**Animateur 2 :**

X de mutuelles de France , X de la cantine savoyarde, Dr V. et puis J., interne  
Alors..

**Spectateur :**

Donc X, assistante sociale à la PASS à Chambéry, j'avais juste une question, je crois que c'est le groupe sur la peur et violence ou les représentations, par rapport à l'hygiène en fait, quand vous abordez au niveau de la relation..d'abord faut qu'il y ait une relation de confiance qui soit installée pour pouvoir aborder on va dire certains thématiques, mais du coup par rapport à l'hygiène y'a aussi le côté ou on n'a pas tous la même notion, euh..au niveau de l'hygiène c'est relatif en fait par rapport à certaines personnes, donc pouvoir aussi aborder ces thématiques là avec euh..ce .. cette relativité chez chacun en fait .

**Animateur 2 :**

Ok

**Animateur 1 :**

Est-ce qu'il y a des remarques sur les dépendances, choisies ou subies ? Ca peut venir des autres groupes aussi.

**Animateur 2 :**

B. ....

**Animateur 4 :**

Alors on avait soulevé un peu ce matin la demande des .. de soigner contre son gré. Y'avait la question de l'HDT que vous avez un peu effleurée donc l'hospitalisation contre le gré, y'a aussi quelque fois le cas où quelqu'un, un proche, quelqu'un de la famille amène quelqu'un pour être soigné, et j'ai pas entendu dans...dans ce que vous avez rapporté votre groupe.

Voilà quand quelqu'un amène son compagnon pour être soigné pour un problème particulier, et que la personne ne semble pas dans une démarche de soins, euh voilà.

**Animateur 1 :**

Alors précise, qu'est-ce que tu veux qu'ils travaillent la dessus ?

**Animateur 4 :**

Ben du coup est ce qu'il y a un consensus dans le groupe sur cette situation, est ce que vous en avez discuté, est ce qu'il y a des pistes pour vous ?

**Spectateur :**

Je vais alimenter encore un petit peu les questionnements.. Hem sur le groupe peur et violence s'ils pouvaient un peu nous détailler aussi « le parcours de santé c'est une lutte », ça m'intéresserait bien,

et puis sur le groupe dépendance, s'ils pouvaient aussi faire le travail, enfin la réflexion autour de l'obligation de choix du médecin traitant, en tant que médecin traitant moi ça m'interpelle bien, donc l'obligation de choix est ce que c'est vraiment un problème qui semble être un blocage, et puis aussi j'ai entendu citer le mot « réseau », obligation de rentrer dans quelque chose, dans une démarche, là ça m'interpelle aussi.

**Animateur 1 :**

Y'a juste une question derrière et puis ensuite on se lance dans les réponses.

**Spectateur :**

Oui au groupe qui a travaillé sur les dépendances, j'avais une question. euh pardon moi je suis C. de la MRIE, excusez-moi. Euh..et ben j'ai oublié la question du coup..(rires) Oui, y'a une phrase qui avait été dite qui était : « le fait que la personne refuse le soin ne veut pas dire qu'elle ne veut pas se soigner » et si vous pouviez aller un peu plus loin, je trouve que cette notion elle est vraiment intéressante .

**Animateur 1 :**

On découvre le groupe dépendance qui avait pas trop de travail, là..  
(rires)

**Animateur 2 :**

On se lance donc euh..dans..dans les tentatives de voir comment chaque groupe peut répondre aux questions posées. Et puis pour pas vous ennuyer vous vous pouvez aussi vous mettre en petit groupe pour discuter de ce que vous avez entendu, ça va vous faire poser aussi d'autres questions vous allez voir.

## **REPONSES AUX QUESTIONS SUR LA RESTITUTION**

**Animateur 1 :**

Bien on reprend, on va répondre aux questions. On va commencer cette fois ci par le groupe sur l'accueil, l'écoute, le temps.

**Professionnel :**

Nous on avait 2 questions : d'abord sur l'humour et la dérision. Alors effectivement le mot dérision avait fait débat au sein du groupe donc on parle plus de dérision. Alors par rapport...en fait on était d'accord, aussi bien les militants que les professionnels, on était d'accord sur l'humour, par rapport à ce que l'humour, on reste dans le domaine humain. Et que c'est...c'était un exemple.. c'est un exemple de solution, de nouvelle solution mais c'est un exemple qu'on avait pris comme ça, un exemple de moyen. Voilà, effectivement si la personne va arriver en larmes, effectivement on a du bon sens et de la sensibilité, on va pas répondre à ce moment-là par l'humour.

Et puis ensuite c'était comment mettre en œuvre la notion de temps.. Alors ce qui est important c'est que c'est pas une notion de durée, c'est une notion de qualité de présence. Le temps c'est pas dans la durée mais on est présent à ce moment-là, y'a une relation entre 2 personnes, on est disponible, on ..si on est professionnel on pense avoir une qualité d'écoute donc ça demande effectivement d'être formés, d'avoir une formation à l'écoute, laisser le temps à la personne de

s'exprimer, et puis quand on est avec la personne de savoir si elle a pu exprimer ce qu'elle était venue rechercher dans notre rencontre.

Et le...ben cette rencontre doit mettre...enfin les 2 personnes...les 2 personnes doivent se sentir à l'aise, dans cette rencontre.

Là vous allez pas répondre tout de suite, mais est-ce que vous avez travaillé dans les groupes les limites du coup à ça ? Parce que pour écouter l'autre faut quoi ? enfin les limites liées au travail, aux institutions etc.. est-ce que vous avez pu l'aborder ? Non pas encore.. parce que on voit bien la limite possible de ça . Merci. L. ?

**Animateur 2 :**

Alors le groupe qui a travaillé sur les violences avait une 1<sup>ère</sup> question sur l'hygiène, la dimension culturelle qu'il pouvait y avoir à différents niveaux donc euh...  
(rires)

Y'a personne qui veut répondre ? (rires)

**Professionnel :**

En fait dans ce qu'on discutait à un moment donné on a abordé un thème comme l'hygiène , mais qui aurait pu être l'alcool, ça peut être n'importe quel sujet, c'est-à-dire que pour nous on parlait de la difficulté à un moment donné d'aborder certains sujets, et qu'on a l'impression de rentrer dans l'intimité des gens. On a chacun autour de nous un espace vital où on veut pas que les autres viennent, et c'est vrai que y'a certains sujets, en tout cas nous les assistantes sociales on n'est pas médecins, donc du coup y'a certains sujets qu'on peut être amené à vouloir aborder avec les gens mais c'est compliqué. Et c'est pour ça qu'on avait donné l'exemple de l'hygiène, mais ça peut être mille et un exemples quoi, donc voilà, c'est évident qu'après lorsqu'on parle de la notion d'hygiène quelqu'un disait « oui mais quelqu'un peut sentir mal, ça vous est insupportable » et après d'autres personnes disaient : « oui mais un médecin, si quelqu'un vient le voir pour un problème de pied et qu'il s'est pas lavé les pieds depuis un an c'est compliqué », donc voilà c'est comment aborder certains sujets qui sont euh..qui peuvent blesser les gens quoi, voilà. Je sais pas quoi répondre hein  
(rires)

**Animateur 2 :**

On était aussi dans des situations qui approchaient l'incurie, et du coup qui devenaient vraiment un obstacle aussi de la personne, dans sa vie de tous les jours et sa rencontre de l'autre. Et faut bien aussi remettre cette question-là en rapport à la violence, et comment une attitude, une situation, bon on voit, on prend l'exemple plusieurs fois qui a été cité de 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, dans la question qu'on se posait . Et on sentait que la question devait être abordée, parce que c'était aussi une forme de reconnaissance de l'autre et de l'envie d'aller plus loin avec elle dans des changements qui la mettraient.. qui lui permettraient de renouer des relations, et en même temps ça touche aussi la question de l'exclusion, au plus profond, et notamment on se disait que y'avait des situations où, 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.



Y'a F. par exemple dans la région qui a travaillé sur ça etc..donc comment on peut aborder ça, parce qu'il y a le sentiment que l'aborder à un moment donné peut aussi permettre à la personne de se vivre en intégrité et .. et d'aller plus loin. Donc voilà, c'était compliqué, ça pouvait pas se faire en tout cas à la 1<sup>ère</sup> rencontre.

**Professionnel :**

Vous disiez que le...l'hygiène, l'alcool sont des...des thèmes qui auraient pu être ..Et bien je ne crois pas, je ne crois pas surtout pas, je pense que ce n'est pas un hasard, et en fait c'est très très important parce que nous n'avons pas les mêmes conceptions de l'hygiène, et je pense que lorsqu'on a vécu des choses très très dures euh.. voilà, que ce soit la rue ou...voilà dans sa famille, je pense que on est affecté psychologiquement et je pense que de ce fait là on a des conceptions qui sont différentes. On ne peut absolument 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, voilà ce que je voulais dire.

**Animateur 2 :**

Est-ce qu'il y a d'autres réactions par rapport à ..cette question ?

**Professionnelle:**

Par rapport à cette question d'hygiène, nous en avons parlé un petit peu à table, et on s'était aussi posé la question de est-ce que les personnes qui viennent en consultation ou à l'hôpital ont les moyens de se laver avant de venir, et on s'est rendu compte que dans les villes et bien de moins en moins y'avait de douches municipales ou en tout cas de chose d'accès faciles, et c'est peut être aussi une réflexion qu'il faut porter, voilà.

**Animateur 1 :**

Je crois qu'on parlait même de souhaits de certains médecins qu'il puisse y avoir des douches dans des services dans le nouvel hôpital, et que ça ne serait peut-être pas accordé.

**Animateur 2 :**

Y'a autre chose, sur cette question hein ?

**Spectateur :**

On a la chance d'avoir un cabinet médical qui est au rez de chaussé avec 3 fenêtres possibles d'ouvrir dans la salle d'attente, euh, non j'exagère 2 fenêtres, et effectivement je pense que c'est intéressant de voir la réaction des gens ouvrant les fenêtres après le départ de quelqu'un qu'on a pris en consultation, et les discussions qui peuvent s'ensuivre aussi ensuite avec le médecin et le regard de l'autre aussi est quelque chose de très important dans une salle d'attente, et l'odeur de l'autre est quelque chose d'important dans la salle d'attente, et dans nos salles d'exams aussi, bien sûr. Moi je soulignerais aussi quelque chose, bien sûr y'a la possibilité de se laver, mais ce qui est.. j'ai beaucoup constaté aussi dans les personnes en difficultés, ceux de la rue mais pas forcément ceux de la rue, c'est l'accumulation des vêtements les uns sur les autres. Et la somme des vêtements les uns sur les autres sont en fait parce qu'effectivement il faut se protéger du froid aussi, mais on se.. on enlève pas forcément quand il fait chaud. Et donc on a toute cette somme-là, souvent y'a en plus un

anorak en plus, qui est bien imperméable, qui ferme bien, du coup on baigne un peu dans son jus et effectivement au bout d'un moment les odeurs ben..sont, non pas forcément mauvaises mais fortes, quoi.

**Animateur 1 :**

Ok

Alors, en 2<sup>ème</sup> y'avait 1 question aussi sur « qu'est-ce qu'on entend par parcours du combattant ? » quand pour une personne en situation de précarité, de pauvreté qui fait face aux questions de santé.

**Militant :**

Oui, alors un militant pourquoi il a du mal à aller voir son médecin: parce que déjà un: il pense déjà à payer ses factures parce qu'il peut pas se soigner. Parce que il a peur de pas pouvoir payer le professionnel, il a peur aussi de euh.. de pas pouvoir s'exprimer, de pas pouvoir euh.. de peur que le professionnel va lui dire, d'apprendre la maladie ou tout autre problème qu'il peut avoir. Donc euh c'est difficile pour un militant de faire le 1<sup>er</sup> pas déjà...

**Dans la salle :**

Il faut le franchir  
(rires)

**Militant :**

Oui 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 » hein euh.. et puis oui, c'est pas évident ! et puis c'est pas évident d'avoir l'impression d'être la personne qui est toujours en train de pleurer; qui est toujours en train de se plaindre : « j'ai bobo là.. » vous savez la publicité : « t'as mal où ? » hein, t'as encore mal où, mais moi j'ai pris mes cachets qui voilà...c'est ça hein ! On a l'impression d'être toujours quelqu'un qui est toujours en train de pleurnicher euh « j'ai bobo là, j'ai bobo là, j'ai bobo là quoi ! » alors euh.. pis comme elle dit R., c'est sûr, euh ben...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 ? »

Moi à l'hôpital j'exige automatiquement en public ! En privé je peux pas ! Actuellement, euh.. « vous me prenez en privé ? Non ! Je veux en public ! » Moi mon médecin, mon chirurgien qui m'a opéré plusieurs fois, j'ai été le revoir et on m'a dit : mais il prend qu'en privé. J'ai dit non ! Moi je le prends en public sinon j'y vais pas, j'irais plus le prendre en public. » Mais on est obligé de faire comme ça, on peut pas faire autrement. Alors c'est un combattant! C'est euh..si si c'est .. Il faut qu'on se...mais je suis bavarde excusez-moi.

(rires)

**Animateur 2 :**

Est-ce qu'il y a d'autres militants, parce que le choix de la photo c'était pas forcément euh...ce groupe-là qui l'avait choisi, donc est ce qu'il y en a qui voudraient s'exprimer sur qu'est ce qui avait justifié euh...ce choix de barricade et de personne qui fait face ?

Ou peut-être B., je te voyais reprendre la photo aussi de la dame qui marchait...oui oui je sais que..

**Militant :**

En fait j'aime bien cette photo... Il me semblait...d'ailleurs c'est moi qui l'avait choisi d'ailleurs, il me semble.. (rires)

C'est une...Enfin ça représente pour moi une personne qui...qui fait l'effort de venir se faire soigner à l'hôpital. On la voit sous la neige avec ses 2 sacs plastiques, chose qui n'est pas évidente, surtout quand on... quand on se sent exclu. Quand on se sent exclu, je crois que je l'ai déjà dit parmi vous, c'est que l'exclusion pour moi est un sentiment, c'est tout, car on fait tous partie de la société. C'est juste un sentiment, mais c'est pas un sentiment agréable. Et donc cette personne fait vraiment un effort je dis pas surhumain, c'est quand même pas surhumain d'aller se faire soigner, mais c'est pas évident. Imaginez que cette personne, je suis pas démarcheur, imaginez que 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, tout le monde est...normalement hein (rires), tout est à sa place. Alors pour une personne exclue c'est pas évident de rentrer en...enfin pour nous c'est une autre planète, c'est pas ..des gens qui sont polis déjà pour commencer, des gens qui nous respectent, qui sont polis et qui nous vouvoient, c'est pas notre habitude généralement c'est plutôt tutoyer comme vouvoyer, je sais pas pourquoi d'ailleurs mais c'est comme ça, donc il faut en prendre l'habitude.

Tout à l'heure on parlait d'hygiène, déjà bien souvent ce sont des personnes ben qui n'ont pas de chez eux, s'ils ont un lavabo ils ont de la chance, généralement ils ont les toilettes sur le palier. Euh... la première idée quand ils rentrent euh...donc quand ils rentrent à l'hôpital, c'est pas...leur première idée c'est pas de prendre une douche déjà pour commencer, s'il y a personne pour leur dire gentiment, au moins pour leur signaler où est la salle de bains, euh...j'ai l'exemple d'une personne je me souviens j'étais au pavillon C à Grange Blanche, je m'étais simplement fait opérer de la cataracte. Y'a une personne qui arrive, donc un patient, ça se voyait gros comme une maison que cette personne était vraiment perturbée, vu sa tenue, vu son air un petit peu bizarre, euh...J'ai vu dans cette personne...on lui a montré son lit, la personne donc un professionnel est ressorti point barre, elle l'a laissé planté là au milieu. Je vous assure que cette personne s'est couchée dans son lit tout habillé ! Je ne sais pas ce qu'il avait comme petite opération, enfin c'est pas évident dans ce milieu qu'on se pose la question de quelle opération, ah oui et puis elle lui avait donné un bocal de Bétadine...un flacon pardon .

Il savait pas où était la douche, à la limite il devait pas se rappeler comment on prenait une douche. Bon si y'a personne pour s'occuper des personnes comme ça qui sont très fragiles, est ce que quand même...ben comment on peut faire ? je sais qu'à une époque, à Lyon en tout cas, y'avait les «Blouses Roses » qui s'occupaient donc... de l'accueil des gens en grande précarité, je ne sais pas si cette association existe toujours, si elle a encore des subventions pour pouvoir le faire, mais euh..et pourtant y'a tant de bénévoles qui cherchent du travail, ce serait bien quand même qu'il y ait des bénévoles pour s'occuper des personnes en difficultés, c'est sûr que vous allez pas en rentrer 15 à l'hôpital par jour, mais si vous en faites rentrer 5, essayez d'en prendre soin, essayez d'en prendre un petit peu plus soin que les autres.

**Animateur 1 :**

Merci B.

J'entends un peu l'incongruité, je sais pas comment on dit, d'une personne en... finalement en difficulté dans un système hospitalier, c'est cet exemple-là. Y'a un groupe sur le photolangage qui avait choisi, mais finalement ça a pas été la photo définitive mais qui avait beaucoup discuté de ça, qui avait pris une cigogne dans un tgv. On voyait la cigogne dans un tgv qui était complètement perdue, euh c'est un peu ça qui est dit. De dire qu'il y a une telle séparation culturelle, de représentations, et autres, que on se retrouve dans des situations qui sont complètement incongrues et qui peuvent effectivement... que ce soit... avoir des réactions qui peuvent parfois tourner au fait que les gens s'en aillent, ou enfin qui sont toujours difficiles... difficiles à aborder. Parce que s'il y a des bénévoles on peut aussi penser que, enfin je l'ai entendu dans d'autres groupes hein, que ça peut être aussi de la stigmatisation, donc c'est toujours un petit peu compliqué. Mais en tout cas d'avoir cette conscience que euh, notre monde à nous, en ce qui me concerne par exemple moi le monde hospitalier, n'est pas du tout du tout le même monde que ... parce que nous on est à l'aise, n'est pas du tout le même monde que les personnes, on parle pas des gens pauvres hein on parle des gens qui sont dans la misère, qui donc se retrouvent dans un environnement à un moment donné qui est insupportable quoi, parce qu'il y a aucun repère. Est-ce que c'est ça ? est-ce que j'ai traduit à peu près ?

On passe aux autres groupes parce que l'heure tourne.

**Animateur 2 :**

On va donc passer au groupe sur la dépendance, y'avait au moins une question.

**Professionnel:**

Alors la 1<sup>ère</sup> question, je reprends, B. qui demandait quand quelqu'un de la famille nous amène une personne qui doit se faire soigner mais qui refuse de se faire soigner hein... c'est ça hein, c'était ta question? Qui n'est pas consentante voilà, si on avait réfléchi là-dessus. On n'avait pas trop réfléchi parce que moi j'y voyais beaucoup des limites.. ça fait partie de ces limites euh... et on se demande même si la personne finalement elle est dépendante de sa famille ou du soignant, d'accord. Ça fait partie des limites, le « non consentement » entre guillemets, qui est un peu comme le suicide... alors moi en tant que médecin quand je suis en face de quelqu'un qui est suicidaire gravement, en conscience je peux pas le laisser ressortir. Je peux pas me poser trop la question : est ce qu'il est dépendant ou pas de moi là ? 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 hein ? J'ai pas trop le choix, et puis ma conscience aussi m'empêche de... voilà, je réponds bien à cette question, et puis c'est ça, c'est la question de la dépendance par rapport à cette personne, est ce qu'elle est pas un peu dépendante à sa famille d'abord, et puis ... et puis on se dit « mais finalement des fois on a aussi besoin d'une béquille », et euh... oui d'une béquille. Quand on n'est pas bien on a besoin d'une béquille. Et on a pleins de situations où les personnes nous ont été amenées un peu de force, mais ensuite elles nous remercient parce qu'on s'est occupé d'elles. Et que c'est aussi peut être au nom d'une certaine liberté qu'on peut laisser tomber les gens. On va la respecter cette personne, on ne va pas la prendre en charge, et on la laisse tomber. Alors voilà, y'a un savant mélange, mais je pense qu'on n'a pas le droit non plus de démissionner hein ? je sais pas si..

**Professionnel :**

On a juste ajouté aussi qu'il y avait après le problème de non-assistance à personne en danger qui rentrait aussi en compte, que ce soit pour la famille ou le soignant.

**Animateur :**

Et après y'avait la question de « personne qui refuse les soins est différente de personne qui ne veut pas se soigner » alors tu peux nous expliquer, ça venait d'une petite histoire..

**Professionnel :**

J'ai pris un exemple en fait, en disant que 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. On avait pris l'exemple d'une personne en fait qui avait eu déjà beaucoup de mal à aller à l'hôpital pour une intervention chirurgicale qui était vitale, qui a fini par le faire, qui a accepté d'attendre 6H avant l'intervention, et qui après l'intervention aurait dû rester à l'hôpital mais a refusé. Et là le médecin lui a dit : « écoutez vous ne suivez pas le contrat de soin, donc je ne vous suivrais plus ». Hors le fait qu'elle est déjà été à l'hôpital et qu'elle ait attendu 6H et qu'elle se soit fait opérer, c'était déjà pas gagné la veille, enfin je veux dire en soi c'était déjà énorme, et je pense qu'on lui aurait signifié ça, qu'elle avait déjà fait beaucoup d'efforts pour venir, et ben déjà ça aurait été pas mal quoi. Et bon je trouve ça un peu dommage, là le médecin du coup arrête la prise en charge. Je pense que.. même si le patient ne suit pas exactement ce que le médecin lui dit, c'est-à-dire...c'est sûr qu'il laisse rentrer un risque en sortant de l'hôpital le soir, et en soi c'était peut-être pas trop grave de passer une nuit de plus, mais pour lui c'était trop quoi.

**Animateur 1 :**

Alors là on nous pose la question sur les question des protocoles de soin et de...excusez-moi des termes hein pour les personnes.. des recommandations qui demandent, y'a un groupe qui a travaillé par rapport à l'argent , ces recommandations HAS sur le diabète par exemple, les 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 », enfin l'évolution est peut être comme ça, c'est vraiment un questionnement pour moi, si vous êtes remboursés si vous êtes vraiment dans ce parcours de soin tel qu'il est défini en terme d'efficacité théorique quoi .

3<sup>ème</sup> question ?

**Professionnel :**

Alors 3<sup>ème</sup> question c'était choisir son médecin, enfin on a une obligation de choix, et ça ça aide pas forcément pour les situations de dépendance aux soins. On pense que choisir son médecin, alors c'était après la discussion entre R . et puis M., choisir son médecin ça peut aider à lutter contre la dépendance. D'abord choisir son médecin ça aide mais c'est pas forcément, ça émancipe pas forcément vis-à-vis de la dépendance, je peux choisir un médecin traitant et lui faire tellement confiance que je le laisse complètement choisir et faire des choix à ma place au bout d'un moment et puis je m'endors là-dessus, ça peut être confortable finalement.

Et puis y'a aussi les situations où j'ai pas le choix. Aux urgences je choisis pas mon médecin, mais bon selon comment il me prend, selon comment je lui parle, on peut aussi construire ensemble une relation qui n'est pas sur la dépendance mais une relation donnant-donnant, d'adulte à adulte, et de

construction ensemble du projet de soin. C'est pareil dans le réseau aussi on choisit pas le médecin dans le réseau, c'est pareil à la campagne si je suis à la campagne y'a peut être qu'un médecin à la campagne et ben voilà je vais être obligé de le prendre sauf si vraiment il est très mauvais mais voilà je serais obligé de le prendre et puis de faire avec. Donc voilà on touche aussi aux limites du choix...on parlait donc de la campagne, du réseau...ouais, je sais pas si quelqu'un veut rajouter.. Est-ce que j'ai répondu à ta question par rapport au réseau ?

**Spectateur :**

Non mais c'est juste pour moi je suis venu cette après-midi n'ayant pas la possibilité de faire ces 3 jours avec vous, et aussi parce que j'étais aussi engagé aujourd'hui dans une rencontre autour de ce qu'on appelle « l'éducation thérapeutique du patient » ce qui est 3 mots atroces, on est d'accord, mais qui finalement abordent, on a abordé ce matin les mêmes questions que ce que vous avez abordé là : dans la relation à l'autre, dans la place de l'autre, dans le fait effectivement que 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, et que donc en tant que professionnel de santé on a beaucoup de chemin à faire vers la personne qui s'adresse à nous pour l'aider à être effectivement en capacité de donner toute sa connaissance, et on a beaucoup travaillé ce matin aussi sur le fait que 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. Et la notion, pourquoi je faisais le lien avec le réseau, parce que effectivement les 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, et qu'on ne peut avancer dans la relation avec l'autre et dans l'action commune d'égal à égal que dans cette démarche-là. Et par contre on a en tant que professionnel, aussi bien les professionnels de santé et un petit peu moins pour les professionnels sociaux parce que je pense qu'ils sont en avance sur les professionnels de santé sur ça pour certains, pas forcément pour tous, mais voilà donc je voulais souligner là vraiment, ces recherches actuellement vous n'êtes pas les seuls à les faire et n'hésitez pas à interpeller vos professionnels de santé autour de ça, voilà.

**Animateur 1 :**

Merci. Le groupe sur les questions financières avec des questions si j'ai bonne mémoire incisives et claires.

**Militant :**

Alors il nous a été posé 3 questions. La 1<sup>ère</sup> portait sur le projet patient-soignant, et la seconde portait sur les soignants. Alors soignant c'est un mot commode que nous avons adopté pour nous faciliter la tâche, et qui implique tous les professionnels de santé. Ça peut être bien sûr bien évidemment les médecins, bon mais ça peut être le dentiste, l'opticien, le psychologue. Dans notre groupe on a une diététicienne en libérale, ça peut être une diététicienne, c'est tous ceux qui participent à l'effort de prévention et à l'effort de soins. Donc le projet patient-soignant c'est une remarque qui venait du groupe de soignant dans notre petit groupe, il s'agit de proposer au patient un balisage. 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, par exemple pour une grosse douleur ou des problèmes beaucoup plus compliqués. Quand vous avez un médecin qui vous indique déjà à qui vous référer, dans quel cadre vous allez être pris, avec 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.

Donc c'est cela que nous avons appelé le projet patient-soignant. Je passe la parole.

**Professionnel :**

Quant à la question « quels soignants sont inquiets des dépassements d'honoraires ? » alors y'a une diététicienne libérale, une infirmière libérale, une psychologue libérale, une kiné libérale, 2 internes en médecine générale et 2 médecins généralistes, on n'est pas inquiets des dépassements d'honoraires, on était inquiet autant que les militants de l'évolution du système de soins et du financement du système de soins, à savoir que si les franchises augmentent et qu'effectivement potentiellement les dépassements peuvent augmenter aussi, la prise en charge des patients va devenir beaucoup plus compliquée pour réussir à leur proposer des soins de qualité à des tarifs qu'ils peuvent évidemment prendre en charge. Donc voilà c'était plus une inquiétude générale de tous.

**Animateur 1 :**

Je crois que l'idée c'était pas de dire que les professionnels qui font des dépassements d'honoraires sont mal à l'aise de les faire, je crois pas, c'est plutôt au contraire ceux qui font pas qui sont déjà mal à l'aise avec ça.

L'idée c'était de dire que les professionnels, enfin dans ce groupe moi de ce que j'ai entendu de l'extérieur du petit peu que j'en ai entendu, c'est que y'a un certain nombre de professionnels qui sont mal à l'aise sur la relation avec le patient en raison de ces nécessités financières mais vis-à-vis d'eux-mêmes, ceux-là ne font pas de dépassement hein.

**Militant :**

On avait déjà un problème sur la question ce matin au sujet du paiement à l'acte, au sujet du paiement à l'acte et du salariat. Donc on s'était déjà interrogé si ça ne faussait pas la relation avec le patient que le paiement soit à l'acte et entraîne une suspicion à l'égard du professionnel de santé.

**Animateur 4 :**

Donc y'avait 2 choses...C'est à dire que... C'est une des soignantes du groupe qui a fait valoir que 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 2<sup>ème</sup> chose c'est qu'il y avait quelquefois un climat de suspicion, on disait ben si on fait revenir régulièrement un patient, si on multiplie les examens qu'on fait nous-mêmes, quelle est la part de.. quand on est payé à l'acte ben plus on fait d'acte plus on est payé, et donc y'avait cette petite suspicion qui pouvait s'introduire.

Ah oui que certains, possiblement devaient en profiter.

Alors j'ai juste une petite remarque sur le projet de soin parce qu'en fait y'a une petite distension entre les animateurs et le groupe, on n'était pas tout à fait d'accord, alors peut-être pas que sur le mot, mais donc y'avait le côté balisage : ben vous avez tel problème faut faire tel examen, et en gros je vous conseille ben soi d'aller chez untel mais il est secteur 2, donc sinon si vous préférez aller là, donc c'est un peu un balisage dans une voie qu'on trace, et le côté projet qui est vraiment de

prendre quelqu'un à un moment donné en disant « ben voilà, aujourd'hui vous en êtes là, vous avez tel tel tel problème, qu'est qui vous pose...quel problème vous pose le plus problème ? est-ce que vous voulez prendre ci en charge ? est-ce que vous voulez prendre ça en charge ? est-ce que vous voulez que je vous aide ? Quelque chose enfin.. on n'a pas eu le temps de se mettre d'accord parce que la discussion était très courte, mais donc y'avait euh...y'avait un petit flou entre les notions projet et balisage, on n'a pas tous été d'accord du coup, même sur le flou.

**Spectateur :**

Il me semble que même en secteur 2, quelqu'un qui a la CMU- CMUc le praticien est obligé de lui proposer un soin dans les tarifs conventionnés, et que il me semblait que la commission au niveau de l'assurance maladie peut être saisie par les patients, ou que les acteurs sociaux peuvent aider les patients à la saisir, et que même si vous êtes en secteur 2, vous ne pouvez pas faire des dépassements...enfin il me semblait alors je ne sais pas si quelqu'un peut éclairer ça, mais c'est comme ça que j'avais compris le texte de loi

**Animateur 1:**

tu as raison ..sur le texte !

**Spectateur :**

Mais pas sur la pratique ?

**Spectateur :**

D'abord merci de m'avoir invité parce que je suis extérieur, et puis je manque de poésie quand on parle de financier , c'est-à-dire que...je reviendrais sur ce que tu poses comme question...moi je reviens sur des formules très anciennes, je vais pas faire la genèse hein, mais 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, avec un emblème qui disait : « la santé n'a pas de prix mais elle a un cout », notez bien parce que c'est toujours d'actualité, et après on arrive, je crois que c'est ..., où on disait « l'amélioration de la santé c'est pas que l'absence de maladie, c'est aussi l'amélioration de la santé mentale etc.. », donc tous ces éléments font que pendant toute une période la population semblait aller dans le sens de : l'égalité des soins pour tous. Après on arrive, paf on arrive à aujourd'hui, voyez j'ai fait vite, on arrive à 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, c'est formidable, mais en face il faut une recette. Alors cette perte de recette, par la crise économique, je fais pas un scoop là en ce moment, donc 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, parce que elles augmentent, qui plus est depuis 2011 les complémentaires ont en plus...ont pour charge de prendre des taxes supplémentaires, elles sont devenues contributeurs, c'est-à-dire qu'elles sont .. elles relèvent des taxes supplémentaires sur la cotisation, voilà donc on va pas rentrer dans les détails , on en aurait pour pas mal de jours, mais effectivement je crois qu'il faut bien prendre conscience que il y a des millions de personnes qui ne peuvent être ni là ni là, qui sont sur la bonne volonté de beaucoup d'organismes caritatifs, humanitaires, et ça c'est en France, je parle pas des pays qui sont soi-disant en voie de



développement là-dessus parce que on aurait du souci chez nous déjà, mais là on se retrouve dans une situation où effectivement ceux qui ont inventé le tiers payant, c'est-à-dire la non-avance d'argent, et ben on pouvait entendre dans un période plus confortable de dire : « y'a pas de prise de conscience de la part du patient, il ne se rend pas compte du cout, donc il..à la limite je le mettrais presque à la marge du consommateur. Aujourd'hui on est au-delà de ce débat, j'aimerais qu'on puisse ne parler que de ça, c'est-à-dire que avant il faut déjà pouvoir aller ...de ce que j'ai entendu, l'amélioration de la santé mentale, comme on est dans une situation de désespoir, je pense qu'on a d'autres soucis que de dire : qu'est-ce que je peux me payer ? on n'a déjà même pas atteint ce palier, et ça.. ça vraiment c'est véritablement non-assistance à personnes, au pluriel , en danger, ça c'est sûr, parce que on ne peut pas ne pas voir cette situation. Donc je crois qu'on a dépassé...Alors c'est pour ça que je disais, c'est pas très sympathique ce que je disais, mais sur les nouvelles lois qui sont apportées, effectivement on demande aux gens de dire : « attention, y'a par exemple : les complémentaires doivent avoir un panier de soins obligatoires pour le remboursement, nous avons des centres dentaires, d'optique, de soins à domicile qui sont à but non lucratifs , avec le tiers payant mais malgré ça avec une part à charge, et cette part à charge qui la paye? c'est-à-dire que le jugement c'est « je ne vais pas me faire soigner, parce que je ne pourrais pas payer que la part à charge » donc on a dépassé l'honoraire libre, le secteur 1 le secteur 2 peu importe, on n'est plus au tact et mesure là ,on est dans le dépassement euh.. c'est interplanétaire, je veux dire c'est des sommes qui sont folles ! Et c'est pour ça que j'ai bien repris votre formule que « la douleur, la peur effaçaient le prix » enfin c'était peut-être pas « effacer », j'ai pas été très respectueux du propos mais ça m'a marqué parce que 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, donc la partie CMU pour revenir à cela, ou la CMUc, on est dans une situation où 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. » Voilà, donc je voulais pas clôturer là-dessus, je suis désolé pour ceux qui avaient pensé qu'il y avait un peu plus d'angélisme à ce niveau-là, mais je crois que y'a véritablement une prise de conscience là-dessus. J'ai été un peu long mais désolé.

#### **Animateur 1:**

Merci pour ces éclairages, donc c'est le moment ...que là on va un peu à l'inverse de la loi de lutte contre les exclusion qui est : pour tous dans le droit commun, dans ce que j'entends là. Donc heureusement que la loi elle dit que effectivement il est interdit de...enfin ce que tu disais tout à l'heure, parce que c'est finalement peut être le seul point d'appui qu'il y ait par rapport à ce qu'il y a. Ceci dit si on prend les militants qui sont ici, alors je connais pas les situations individuelles, mais ce que j'ai entendu dans la formation c'est que 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 » . Malgré les aides, aides complémentaires santé et compagnie...

C'est pour ça que cette question d'argent est venue dans les débats, comme je vous disais il 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.

Bien je pense qu'il va falloir qu'on arrête parce qu'on n'a pas fini nous le groupe, il faut encore qu'on se prenne un petit temps d'évaluation.

**Professionnel :**

Est-ce que je peux faire juste une remarque ?

Oui je voulais juste faire une dernière remarque, dans le photo-langage la dernière fois quand on avait dû choisir une photo qui nous évoquait la personne militante, en situation de précarité y'a cette image du..de la grosse vague avec le parapluie, c'est juste ça, je trouvais que c'était intéressant de le restituer. On voit juste 2 personnes sous un tout petit parapluie avec une énorme vague de 10m de haut. Oui voilà un tsunami.

Juste la disproportion entre ce que les personnes ont pour se protéger par rapport à tous les soucis qu'elles ont à gérer.

**Animateur 1 :**

Merci beaucoup, nous le groupe on se retrouve encore un petit moment pour évaluer tout ça, ce travail et les suites éventuelles, vous avez au fond de la salle quelques articles s'ils y sont encore et les livres de référence sur la démarche du croisement des savoirs donc je voulais vous remercier de votre présence et puis pour vos apports, qui vont également nous servir. Je voulais remercier aussi parce que tout à l'heure j'ai oublié toutes les...ceux qu'on appelle les petites mains, les personnes qui ont permis à ce que la logistique se fasse comme il faut et qu'on ne voit pas, mais qui font en sorte que les choses roulent même si on a toujours notre quart d'heure de retard.

**Spectateur :**

B. , si tu veux bien me le permettre, je dirais simplement que moi en tant que président de REVIH STS , je voulais remercier à la fois l'équipe autour de B. et de L. sur la préparation de la formation et toute l'équipe du réseau revih sts, et que le travail que vous avez fait avec vraiment assiduité sera effectivement utilisé largement.

# CITATIONS BIBLIOGRAPHIQUES INDEXEES

## I- Conditions de prise en charge des patients en situation de précarité

### 1) Conditions pour que les personnes soient actrices dans leur projet de santé

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

\*4 (§1, p27) : beaucoup de personnes reçues sont « volatiles », c'est à dire qu'elles vont « picorer » à différents endroits ; il est difficile de les « accrocher » et elles peuvent mettre six mois à un an, pour accepter de rencontrer un médecin. Ce travail demande beaucoup de patience de la part des professionnels qui doivent ré-alimenter sans cesse leur motivation et leur intérêt pour elles, afin de lutter contre des sentiments d'impuissance et/ou d'échec. Mais ces patients peuvent être aussi de « grands impatients », car demandant une réponse immédiate à un souci du moment, qu'ils ne relient pas à un problème de santé.

\*3 (§3, p156) : Une relation de qualité entre soignant et soigné se fait grâce à une confiance réciproque et dans le temps. Le temps de voir en son médecin de famille un allié et de le démythifier quelque peu. Nous devons nous apprivoiser mutuellement.

\*3 (§1, p157) : La qualité de l'écoute est primordiale. Nous devons veiller à un accueil approprié, dans un respect réciproque, et être particulièrement attentifs à décoder les plaintes parfois noyées dans tout le paquet des difficultés et souffrances mises sur la table

\*2 (§7, p10) : Temps et patience sont les deux qualités indispensables pour leur permettre de recréer avec ceux qui ne demandaient plus rien un lien social et retrouver peu à peu la confiance envers les dispositifs de droit commun.

\*2 (§1, p12) : L'article 7 est sans doute le plus important : « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il éprouvent à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée »

\*23 (tableau IV, p237) : Pistes pour améliorer la prévention en milieux défavorisés

Condition sine qua non : une relation soignant-soigné de qualité

- Former à une autre écoute et un autre regard
- Donner à l'autre l'occasion de s'exprimer, de se confier
- Avoir une meilleure connaissance de ce public, par des formations, des stages,..., afin d'être plus adéquat, et de surmonter les préjugés
- La tolérance, le respect de l'autre dans sa différence
- Prendre le temps
- Mais aussi de la distance... (épuisement des professionnels de la santé face à la multiplicité des problèmes)
- Formation large des médecins à la communication

\*38 (p.141) : L'accueil des SDF, des toxicomanes, est très particulier et requiert beaucoup de temps. L'écoute est absolument essentielle. Les personnes souhaitent parler, se confier. Nous ne disposons

pas toujours du temps nécessaire. La complication vient de ce que nous nous trouvons souvent face à des situations inédites, extrêmes.

\*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**

\*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.

\*3 (§1,p157) : Cela demande du temps, plus de temps que pour un autre patient. D'autant plus si nous devons motiver davantage, prendre les rendez-vous, dessiner la manière de prendre le traitement ...

\*5 (§2, p6) : faire émerger la demande de soins médicaux puis d'accompagner celle-ci tout au long du parcours de soin, par exemple par la prise de rendez-vous et l'accompagnement physique dans un cabinet médical, jusqu'aux conseils pour le suivi des prescriptions. L'approche défendue est une approche individuelle fondée sur la proximité : c'est la personne, l'entité individuelle, qui bénéficie d'aides particulières.

\*13 (§4,p41) : Le recours aux structures sanitaires prend un sens singulier pour les personnes écartées des principaux modes d'identification et de relations sociales. En tant que rapport à une institution, il représente un type particulier de participation citoyenne et procure, comme toute fréquentation d'un lieu socialement significatif, une forme d'identité et de statut. Par la présence auprès des membres du personnel et des autres patients, il permet de construire et réactiver les liens sociaux . Parallèlement, les travailleurs médico sociaux des structures peuvent aider les patients en difficulté dans leurs démarches, et contribuer ainsi à la stabilisation de leur situation. Si un mauvais état de santé risque d'accélérer un processus de désocialisation, le traitement de la maladie,on le voit, représente à l'inverse un frein à l'exclusion : dans la mesure où il conduit à la santé physique, bien sûr, mais également parce que la fréquentation institutionnelle peut faciliter une trajectoire ascendante de réinsertion.

\*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

\*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.

\*38 ( p.136) : Il nous faut bien reconnaître que, d'une manière générale, et pas seulement dans les situations d'exclusion ou de précarité, l' « accueil dignité » dans le respect d'autrui et l' « accueil citoyenneté » dans la reconnaissance d'autrui sont encore fort peu développés dans les institutions hospitalières. Pourtant l'acte même de l'accueil est générateur de dignité : reconnaître l'autre dans le même respect que l'on s'accorde à soi-même. Il ne s'agit pas seulement du premier contact, mais si l'on peut dire, d'une transmission de la dignité entre tous les acteurs de santé. Le plus difficile est toujours d'appréhender autrui dans singularité et son identité. Ne pas l'immobiliser dans son âge, son origine, sa maladie, son apparence...

\*53 (§4,S355) : Il faut donc inventer les moyens de repérer et de faire émerger les problèmes, ce qui signifie accepter de poser des questions, et pas seulement de répondre aux questions posées, ce qui ne correspond en France ni à la culture des travailleurs sociaux ni à celle des médecins.

- **Informé le patient est primordial dans toute relation médecin-malade**

\*3 (§4, p155) : La langue peut donc s'avérer être un obstacle à la communication et à une prise en charge médicale adéquate. La présence d'une tierce personne, interprète professionnelle ou non, est alors une aide non négligeable lors du contact avec le médecin.

\*12 (§1,p145) : (...) - les conditions d'une relation de confiance : Pour qu'une relation de confiance s'établisse, il faut un minimum de connaissance de son interlocuteur. La confiance dans une relation de médecin ou de soignant n'est plus aussi spontanée. (...) Nous veillerons à la clarté des informations fournies en évitant les flous. Un autre point pour créer la confiance réside dans l'attention apportée au patient et à ses proches quant à son confort mais aussi quant à ses questions, ses ressentis ou ses doutes

\*3 (§4, p.155) : langage plutôt que de langue entre soignant et soigné, de communication orale correcte et compréhensible et aussi de toute l'expression non-verbale que nous transmettons. Il faut avouer que nous avons une vilaine déformation professionnelle en tant que médecin; nous utilisons un jargon d'initiés

\*16 (§2, p.1852) : Afin de répondre au mieux à la demande de soins, le praticien va devoir intégrer dans sa pratique plus qu'il ne le fait actuellement la situation sociale de ses patients, notamment de ceux en situation de vulnérabilité sociale et/ou plus spécifiquement de leur statut par rapport à leur complémentaire santé. Il s'agit de l'accompagner et surtout de savoir l'informer (« information participative du consultant »), lui délivrer des conseils ciblés (« counselling bref ») et l'orienter dans le dispositif de soins en particulier vers les organismes d'assurance maladie, les organismes ou associations d'aides, les travailleurs sociaux... La réponse doit être graduelle, adaptée au public en situation de vulnérabilité sociale.

\*6 (§1, p44) : Les personnes sans domicile doivent être comme les autres informées des droits des malades et notamment de la possibilité de porter réclamation auprès de l'hôpital si elles jugent que leur accueil et leur prise en charge ont été déficients.

\*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

\*15 (§1-3-4 p22) : L'information des publics précaires dans le domaine de la santé souffre d'un double déficit.

L'information générale, destinée à tous les publics, ne les atteint pas toujours et ne les prend pas en compte. Les informations spécifiques, elles, ne sont que peu ou pas développées. (...) Par ailleurs, peu de choses sont faites dans le domaine de l'information sur les droits aux soins, les possibilités effectives d'accès à la protection sociale, la promotion des initiatives et des dispositifs hospitaliers existants. Les hôpitaux agissent déjà mais restent réticents à le faire savoir, comme s'ils craignaient un « appel d'air », un afflux (plus grand encore) de patients précarisés et démunis. Alors que ce sont bien la méconnaissance et l'opacité qui induisent le mauvais usage et les recours incontrôlés, non l'inverse.

Si l'information sur les droits juridiques des malades se développe dans les hôpitaux (livrets d'accueil, évaluations et satisfaction, centralisation des plaintes), peu de choses sont faites sur les droits sociaux des même malades. Dans le même temps, les méconnaissances des personnels hospitaliers (médicaux, soignants et administratifs) sur ces sujets contribuent à laisser l'utilisateur, de passage à l'hôpital, dans l'ignorance de ses droits.

\*3 (§4, p156) : La peur, souvent conséquence de l'ignorance, est un élément dont il faut tenir compte mais qui mène à de véritables catastrophes. C'est à nous alors d'expliquer de mieux en mieux et parfois d'accompagner dans la démarche.

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

\*4 (§1 p59) : Globalement, pour que TS (Travailleur Social) et soignants créent de la convergence entre eux, il importe :

- d'aller au même rythme : celui dicté par la personne
- de créer une relation, un lien social fort avec elle
- de se préoccuper d'elle pour qu'elle se sente investie par le soignant et le TS.

\*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.

\*6 (§4, p108) : les objectifs de la santé communautaire « La reconnaissance pour chaque citoyen de sa place d'acteur de la vie sociale, et la prise en compte des facteurs qui conditionnent son mieux-être, notamment l'habitat, le cadre de vie, l'environnement socio-économique... La modification d'un certain nombre de pratiques est nécessaire pour permettre de nouvelles relations entre les citoyens et les professionnels des secteurs du social et de la santé :

- Une approche collective qui remet une approche individuelle dominante en France,
- L'appropriation par la communauté de projets, de moyens, et d'équipements devant répondre à ses besoins,
- Le changement de la relation de domination soignant-soigné par une relation "d'échange-négociation".

C'est donc la communauté qui co-construit avec les professionnels les modalités d'interventions sanitaires

\*5 (§2, p11) : Au-delà, c'est finalement toute la conception du rôle du malade et l'interaction entre celui-ci et le médecin qui apparaissent. Il est attendu des patients qu'ils portent attention aux troubles éventuels, qu'ils cherchent à mettre fin aux symptômes en consultant un professionnel de santé, coopérant tout au long avec eux. Or les situations de non-recours évoquées dans les entretiens démontrent que cet idéal typique du bon patient n'est que peu partagé. Elles illustrent davantage un écart entre cette exigence normative et les comportements mis en œuvre.

L'observance des prescriptions du médecin témoigne de manière pertinente de ce *conflit de perspective*.

\*6 (§2, p65) : les recommandations de bonnes pratiques issues du travail des acteurs de terrain et des réseaux :

- Travailler en pluridisciplinarité
- Mettre en place des stratégies de soin :
- Remplacer « l'acte » par « la stratégie », « l'objectif à atteindre par la personne » par « la direction à suivre avec la personne »
- Adapter la temporalité médicale à la temporalité de la personne
- Poser un cadre de prise en charge négociée et expliquée à la personne et le tenir
- Maintenir le lien, être dans l'empathie
- Réorienter si la prise en charge n'est pas possible et s'assurer de l'effectivité de l'orientation
- Adapter la pratique au potentiel d'autonomie de la personne
- Suivre les recommandations de bonnes pratiques médicales pour les actes techniques

\*38 (p140) : Le refus de soin est l'expression d'un sentiment d'in acceptabilité dont la perception peut évoluer en fonction de la prise en compte de considérations réciproques. C'est là où semble importer la communication, davantage encore que l'information. Il est possible de consentir, de s'engager dès lors que l'on « éprouve une confiance, la certitude d'une considération qui doit être fondée sur des principes tangibles ». D'où l'importance de la discussion, de la délibération en commun, plus encore que de la négociation. D'autant plus que dans certaines situations on sait à quel point il y a peu à espérer du traitement. Il s'agit donc de prendre en compte la signification globale de l'acte que constitue le soin. Il correspond à un pacte de non abandon, d'attachement profond qui permet d'être convaincu que tout sera fait au mieux d'un intérêt conçu dans sa singularité, son identité.

Ne conviendrait-il pas de consacrer une plus scrupuleuse attention à ce qui contribue à justifier l'adhésion à un soin, cette acceptation d'une solidarité témoignée d'homme à homme, en fonction d'un projet qui devrait viser au « bien » autant que faire se peut

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

\*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

\*11 (§5, p26) : si, par participation, vous entendez adhésion et prise en compte de leurs besoins, bien sûr qu'il y a participation ! Mais attention : placer la personne au centre de la prise en charge bouscule les pratiques professionnelles, qu'elles soient sanitaires ou sociales. Accompagner ces personnes, c'est en effet dépasser la compassion grâce à ce lien construit dans une confiance réciproque et savoir remettre les personnes dans leurs choix pour qu'elles en restent les acteurs

\*2 (§7, p10) : Temps et patience sont les deux qualités indispensables pour leur permettre de recréer avec ceux qui ne demandaient plus rien un lien social et retrouver peu à peu la confiance envers les dispositifs de droit commun.

\*2 (§5, p13) : Le tout dans un climat de confiance qui permettra d'introduire un dialogue et un suivi.

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

\*10 (§1, p25) : une communication de qualité est une condition pour élaborer avec le patient un projet de soins ; elle permet une connaissance précise des conditions de vie, les raisons des réticences aux soins, puis l'émergence d'une confiance.(...)« la participation active de l'utilisateur à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le restituant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion »

\*12 (§1,p146) : 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

\*13 (§4,p41) : A partir d'un recours dont le but premier et initial est médical, la fréquentation régulière d'un centre de soins conduit progressivement à l'émergence de différents modes de relation au service. Certains patients cherchent au-delà de la prise en charge thérapeutique une écoute et un soutien moral face à des situations délicates. Leurs relations avec les soignants sont personnalisées et affectives, ce qui les autorise à placer l'aide qu'ils reçoivent sur un autre plan symbolique que celui de l'assistance. Les malades désocialisés trouvent en outre dans ce type de relations un peu de la chaleur humaine et de l'attention qu'ils ont perdues par ailleurs.

\*23 (tableau IV,p237) : Approche adaptée au public défavorisé

- Analyse et prise en considération des déterminants (sociaux, économiques, culturels,...)
- Eviter le modèle « idéal », disqualifiant d'emblée les plus démunis
- Adéquation des messages (langage écrit, mais aussi oral)
- Concevoir des projets avec eux, et pas pour eux
- Revalorisation de l'individu
- Donner une image positive du corps (le corps n'est pas uniquement un outil de travail, mais aussi une source de plaisir et de bien-être)
- Consultation dans des structures classiques afin d'éviter l'exclusion
- Saisir les opportunités offertes
- Confiance accordée au médecin généraliste par les plus défavorisés

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

\*6 (§1-2, p67) : Les personnes sans chez soi sont globalement reléguées hors du corps social. Le cumul de difficultés, de ruptures, de douleurs, de violence, qu'ils portent oblige à une prise en charge pluridisciplinaire, pour diversifier les réponses mais aussi pour supporter la charge émotionnelle liée à ce type de suivi. Ainsi le reconnaissent toutes les équipes travaillant auprès de ces publics : seul, on



ne peut rien. Ceci vaut bien sûr pour le soin qui ne peut être efficace que dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale

\*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. (...) Cette approche de l'homme dans sa totalité, comme le généraliste en a l'expérience, permet en outre de limiter et peser au mieux les indications d'examens complémentaires et de traitement. La décision d'orienter au besoin vers le ou les spécialistes concernés n'en est que mieux adaptée à leur situation et à leurs besoins.

Cela peut amener d'ailleurs à se questionner sur une des modalités de fonctionnement de la PASS qui prévoit que tout nouveau patient soit d'abord reçu par l'assistante sociale pour la réalisation d'un premier bilan de sa situation, avant la consultation avec le médecin. Cette première étape peut être vécue avec méfiance et dans l'incompréhension, certaines demandes pouvant être assimilées à un contrôle. Il pourrait être plus facile pour les assistantes sociales de proposer leur aide, voir un accompagnement social au plus long cours, après que le consultant ait rencontré le médecin.

\*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.

\*11 (§2, p26) : permettre l'accessibilité de ces personnes en grande et très grande précarité aux soins de droit commun, les ramener vers le système de soin, qui les terrorise et dont ils sont souvent bien éloignés. Nous jouons un rôle de passerelle et de passeur d'information entre les différentes institutions, développons la connaissance réciproque des différents intervenants pour favoriser la cohérence de nos interventions. Notre premier souci commun est d'instaurer une prise en charge globale psycho-médico-sociale de la personne

\*13 (§4, p41) : D'autres patients, particulièrement démunis, attendent des structures sanitaires un traitement de l'ensemble de leurs difficultés. Et, parce que la distinction entre leurs problèmes sociaux et leurs problèmes médicaux n'est pas forcément bien définie ou ne correspond pas aux catégorisations administratives, ces personnes se sentent souvent plus à l'aise dans des dispositifs médico-sociaux qui proposent une prise en charge globale. Elles justifient alors, aux yeux du personnel et à leurs propres yeux, l'assistance demandée et reçue par le cumul de handicaps auxquels elles sont confrontées.

\*13 (§2, p216) : Là réside toute l'utilité et le rôle irremplaçable des centres associatifs : offrir un lieu d'accès vers un « mieux être » par un accueil spécifique, intégrant une prise en charge souple et adaptée, à la fois médicale et sociale. La pertinence réelle de ces centres réside dans le fait qu'ils permettent de prendre le temps indispensable à la consolidation des liens sociaux, temps beaucoup plus long que celui nécessaire au recouvrement des droits sociaux. Seules les soins et l'attention à la personne considérée dans son ensemble démêlent en même temps l'histoire sociale de l'individu,

son processus de précarisation, son histoire somatique et médicale, et les obstacles précités. La désocialisation et l'apragmatisme des personnes les plus exclues des soins sont tels que les pratiques des soins traditionnels ne peuvent (sans profonde remise en question) leur permettre de s'insérer dans les dispositifs de soins actuels. C'est dans ce sens que la Mission France assume un rôle d'espace « transitionnel » de soins entre ces réalités différentes que constituent le droit et l'accès aux soins, le réglementaire et le sociologique. Si nous sommes convaincus qu'il ne faut pas créer des structures de soins spécifiques pour les exclus, il est en revanche nécessaire que le secteur associatif, plus souple et créatif, cherche et propose de nouvelles pratiques de soins

\*14 (§3,p28) : Or les personnes en situation de précarité ne présentent pas de situation de soins homogènes. La difficulté de leur prise en charge, nous l'avons vu, réside dans l'hétérogénéité de leurs besoins et de leurs problèmes de santé. Le seul point de convergence est que chacun nécessite l'intervention de plusieurs professionnels, et que les conditions de sortie et de suivi médical doivent être envisagées dès leur entrée.

\*14 (§2-3,p26) : Les demandes des personnes fragilisées sont multidimensionnelles. Pour une prise en charge optimale, la participation de tous doit être envisagée. Tel le projet de prise en charge de la douleur, ou encore le projet d'accompagnement des personnes en fin de vie, le projet de prise en charge des personnes en situation de précarité doit être conçu en transversalité. Il concerne l'ensemble des pôles et des services hospitaliers : le service d'accueil et d'urgences, la PASS, l'ensemble des services MCO, les pôles de soins de suite, de psychiatrie, de gériatrie, le service social. De la même manière, l'ensemble des personnels hospitaliers y est confronté : des personnels médicaux, administratifs, soignants, socio éducatifs. Tous les professionnels doivent alors être associés à la création d'un tel projet.

Cette approche pluridisciplinaire doit être matérialisée dans un projet composé de plusieurs axes stratégiques, eux même déclinés dans un programme d'actions concrètes : formations des personnels, création de procédures et protocoles administratifs ou de soins, création d'outils. L'élaboration de ce document permet d'asseoir une politique de soins qui garantit aux personnes démunies hospitalisées, l'accueil et la prise en charge de l'ensemble de leurs besoins.

\*16 (§2, p1846) : L'hôpital public est parmi les offreurs de soins celui qui a été le plus confronté à une fréquentation accrue des populations en situation de vulnérabilité sociale. Celles-ci présentent des problèmes de santé intriqués avec des problèmes psychosociaux, rendant leur prise en charge médicale souvent difficile en ambulatoire. C'est pourquoi l'hôpital est un terrain de recherche privilégié pour étudier le comportement de ces populations qui, dans une moindre mesure, fréquentent les cabinets libéraux. L'enjeu réside dans le fait de, premièrement, identifier les situations de vulnérabilité, et, deuxièmement, d'adapter la prise en charge d'une manière pluridisciplinaire incluant notamment les travailleurs sociaux. Il s'agit d'une prise en charge plus globale : « médico-psycho-sociale ». En cernant mieux la difficulté d'accès aux soins, le comportement vis-à-vis des soins (consultation en urgence, à l'hôpital plutôt qu'en ambulatoire...) et de leur suivi, il est plus aisé d'identifier ces déterminants.

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

\*23 (§7-8,p230) : Cependant, proposer à un patient défavorisé d'arrêter de boire ou de fumer, de modifier son alimentation, sont des démarches jugées impossibles par le généraliste, qui craint « de casser un équilibre de vie déjà très fragile », de perdre la confiance de son patient en lui demandant

l'impossible, de se dévaloriser à ses yeux, de mettre fin à la relation. La meilleure façon de faire de la prévention en milieux défavorisés serait d'arriver à tirer parti des préoccupations du patient : la maladie ou le décès d'un proche, par exemple. À ce moment, le patient se sentirait concerné, et poserait d'ailleurs spontanément des questions. Encore faut-il pouvoir y être attentif...

\*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.

\*6 (§1-2, p67) : Ceci vaut bien sûr pour le soin qui ne peut être efficace que dans le cadre d'une prise en charge médico-psycho-sociale. L'isolement de la pratique médicale est donc à priori mal adapté au suivi des grands marginaux. Les médecins qui s'y intéressent adaptent donc leur mode d'exercice : (...) ne les recevoir que s'ils sont sobres au moment de la consultation (ce qui nécessite de négocier avec eux des horaires de consultation où ils peuvent rester sobres en fonction de leur type de consommation)

## 2) A éviter, obstacles

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

\*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.

\*7 (§2, p13) : les équipes n'ont pas souhaité flécher les PASS, car cela aurait pour inconvénient d'en faire un dispositif stigmatisant et de renforcer l'exclusion des populations vulnérables

\*2 (§9,p13) : De leur éviter toute humiliation supplémentaire, telle la recherche des bons traditionnels nécessaires à la prise en charge, témoins de leur pauvreté, et de précarité, véritable stigmate d'exclusion. Certains conseils généraux ont actuellement remplacé le bon jaune par un "passeport santé " qui facilite indiscutablement l'accès aux soins en attendant la mise en place de l'Assurance Maladie Universelle.

\*5 (§3,p13) : De la même manière que l'accompagnement dans le champ social glisse vers une conception des problèmes sociaux comme une affaire d'individus , les différences observées de morbidité et de mortalité peuvent être renvoyées à la responsabilité individuelle, ici entendue au travers des comportements de recours ou non aux soins. Les politiques de prévention se sont d'ailleurs toujours basées sur ce modèle, en favorisant les campagnes d'information destinées à modifier en premier lieu les comportements. Outre le caractère stigmatisant (disqualifiant les individus qui adoptent des comportements jugés déviants et contraires aux normes dominantes), voire culpabilisateur, cette conception évite d'agir sur les causes structurelles des inégalités de santé.

\*1 (§1-2-3, p88) : « La moitié du monde ne sait pas comment l'autre vit », écrivait François Rabelais, il y a plus de cinq cents ans. La question demeure de savoir comment les politiques sociales peuvent s'inscrire d'une manière adéquate et durable auprès de publics spécifiques qui constituent en France sinon la moitié de la population, bien plus que ce qu'on appelait naguère le quart monde, qui dépasse le champ strict de la précarité socioéconomique et inclut diverses catégories de personnes fragilisées par l'existence (expatriées, isolées, placées, détenues, psychiatriées, en rupture...). Sans qu'il soit ici question de stigmatisation, les protagonistes de l'action en faveur des publics défavorisés

se sentent souvent comme pris en tenaille entre deux impératifs apparemment contradictoires : reconnaître les identités et respecter le principe d'universalité. Ceci se traduit concrètement en matière de santé par l'alternative entre recours à des dispositifs spécifiques et accès aux dispositifs de droit commun. Certains sociologues affirment que « toutes les couches sociales, y compris les plus mobiles ont besoin d'être et de se sentir de quelque part pour agir et être reconnues » (Pechoux, 2004). Mais aussitôt, d'autres alertent sur le risque « de renforcer les logiques de l'entre-soi et de distanciation de l'altérité » (Jaillet-Roman, 2004). D'une part, en reconstruisant de l'identité et du lien social à partir de spécificités de groupes, en prenant en compte la diversité des situations humaines, en adaptant les actions aux contextes de « la vie réelle des vrais gens », on produit du mieux vivre ensemble, de la citoyenneté et donc de la santé.

\*15 (§5,p6 + §3,p7) : Propositions :

Généraliser les « dispositifs précarité » (...) Ces dispositifs ne sont pas ciblés sur des catégories de malades particuliers (sans domicile fixe, sans papiers, étrangers en situation irrégulière, etc...) mais largement ouverts à toutes les situations concrètes du malade au jour où il se présente : sans couverture sociale effective, ou dans l'incapacité d'avancer les frais ou de payer le ticket modérateur. (...) Ces dispositifs fonctionnent comme des sas d'accès, garantissant à chacun, sans délai, l'accès aux soins et au suivi médical et social. Ils ne constituent pas des "ghettos" réservés aux plus démunis, des lieux de soins pour pauvres, dans la mesure où ils garantissent l'accès au plateau médical normal de l'hôpital,

\*13 (§2,p35) : la précarisation s'accompagne en effet d'une dégradation statutaire, liée à l'absence de reconnaissance par l'emploi ou la fonction familiale, mais également liée au bénéfice de l'aide sociale. Refoulés hors de la sphère productive et ne pouvant bénéficier de l'appui de leurs « proches », les individus en situation de précarité se voient contraints de recourir à l'assistance. Or celle-ci confère aux « assistés » un statut social dévalorisé : elle concrétise la dépendance et donc l'infériorité sociale, et renforce par la même leur discrédit. Le stigmatisme qui pèse sur eux altère leur identité et marque l'ensemble de leurs relations avec autrui.

\*13 (§1,p40) : Les personnes en situation de précarité vivent généralement la faiblesse de leurs moyens financiers ou l'absence de couverture sociale comme un obstacle à l'accès aux soins. Mal informée sur l'étendue de leurs droits et se sentant peu en mesure de les revendiquer, elles sont parfois amenées à recourir à des dispositifs sanitaires particuliers, de type associatif ou intégrés dans des structures publiques, qui leur permettent d'être soignées gratuitement et de recevoir une aide pour le recouvrement des droits sociaux. Mais précisément par ce qu'ils concernent les « pauvres » et les « exclus », ces dispositifs stigmatisent ceux qui les fréquentent en renforçant chez eux le sentiment d'appartenir à ces catégories défavorisées. Certains malades peuvent certes bénéficier de mesures qui relèvent de la protection sociale (telle que l'Aide médicale ou les cartes santé) et qui permettent de consulter dans le système de soins de droits courant. Ils peuvent alors échapper à la stigmatisation du lieu de soins mais leur dépendance vis-à-vis de l'aide institutionnelle les marque semblablement dans leur identité personnelle et sociale.

\*13 (§2,p40) : Tant que le malade démuné n'a pas (ré)intégré le circuit « normal » de prise en charge des frais médicaux, son rapport aux centres de soins ne peut pas être dissocié de son rapport au système assistanciel. La fréquentation d'une structure médicale doit donc être considérée comme une étape inscrite dans une trajectoire individuelle ; trajectoire sanitaire bien sûr, en termes de

pathologies et de traitements, mais aussi trajectoires sociale en terme de fréquentations d'institutions et de bénéficiaires de mesures d'aide sociale. Selon le « moment » du processus de disqualification, l'opportunité de se faire soigner gratuitement revêt des significations différentes. Nous avons pu montrer par exemple que le recours est vécu comme une épreuve humiliante lorsque le déclassement social est récent, et que les personnes se réfèrent encore largement aux valeurs de travail et d'autonomie financière. D'autres peuvent au contraire rationaliser leur expérience qu'elles vivent comme une étape transitoire avant la stabilisation de leur situation. Enfin, lorsqu'elles ont l'habitude de fréquenter les services d'action sociale, les personnes envisagent la gratuité des soins de façon pragmatique, comme un simple moyen d'y accéder.

\*6 (§4,p70) : En effet, une offre de soins à l'usage exclusif des personnes sans abri risque de créer des filières spécifiques et donc par ce fait d'exclure leurs usagers des dispositifs du droit commun utilisés par la population générale.

\*6 (§4, p59) : Tout se passe comme si la santé était le seul bien des personnes sans chez soi. Elles n'ont pas droit à l'erreur car pour elles les systèmes d'assurance ne rattrapent pas...manque de réseau relationnel, absence d'économies pouvant amortir les aléas de la vie, travaux pénibles et conditions de vie défavorables à la santé. Alors quand la maladie ou l'épuisement s'installent, perdre son logement devient facile (expulsions par créances non recouvrées), ce qui entraîne l'aggravation des symptômes. Ceci est vécu comme une injustice et un sentiment de profonde discrimination. Les témoignages des militants d'ATD Quart Monde le montrent clairement : « *Les gens ne vont plus se faire soigner* ». « *On est montré du doigt : la CMU c'est une étoile jaune* ». « *Toi tu es normal, tu n'es pas un vieux chien qui traîne dans la rue. Ben non, tu as une vrai Sécu* ». « *Nous on a une sous-Sécu. C'est comme ça et tu ne peux rien dire* ». « *Il faut un parcours de soins ..... de bon patient... Des patients ! De la patience tu veux dire pour attendre les rendez-vous, attendre qu'on veuille de nous, attendre qu'on nous refuse, qu'on nous mette sur une voie de garage. Ben non on n'est plus patient c'est fini !!!* ».

\*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).

\*81 (§6, p13) : la CMU génère également un sentiment d'exclusion parce qu'elle crée une étiquette vis-à-vis des autres. Elle engendre à nouveau un marquage social. « On est vite catalogué comme des gens qui abusent ».

- **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) : Apparaît alors une sorte de contradiction entre, d'une part, les principes de la promotion de la santé ainsi énoncés par la Charte d'Ottawa, invitant les personnes et les groupes à développer leurs capacités d'autonomie, d'expression et d'action et, d'autre part, les réalités sociétales marquées par la privation de travail et l'angoisse de la précarité qui portent atteinte à la santé psychique et produisent ce qu'il est désormais convenu d'appeler « souffrance sociale » (Renault, 2002). 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 ».

\*6 (§1-2, p67) : L'isolement de la pratique médicale est donc à priori mal adapté au suivi des grands marginaux. Les médecins qui s'y intéressent adaptent donc leur mode d'exercice : travailler sur rendez-vous, recevoir plutôt les personnes en fin de consultation et prévoir un temps de consultation long, ne pas les faire attendre dans la salle d'attente et/ou négocier avec les patients présents pour qu'ils passent avant les autres, ne les recevoir que s'ils sont sobres au moment de la consultation (ce qui nécessite de négocier avec eux des horaires de consultation où ils peuvent rester sobres en fonction de leur type de consommation), leur inscrire les jours et dates des rendez-vous sur un agenda.

\*1 (§1-2 p.89) : Les plans fonctionnant le mieux sont ceux dans lesquels le diagnostic, puis les actions, sont précis, adaptés à des zones géographiques et sociales cohérentes, et ne constituent pas une duplication homogène d'objectifs généraux [...]. » Un certain perfectionnisme en matière de technologie de santé publique, de méthodologie de programmation, d'intervention ou d'évaluation risque fort d'éloigner des réalités du terrain. Les postures institutionnelles ou professionnelles dispensent généralement de remettre en cause la société en ce qu'elle produit de déterminants négatifs de la santé. Les professionnels sont alors enclins à focaliser leurs interventions sur les attitudes inappropriées des populations précaires vis-à-vis de leur santé. De ce fait, les programmes comportent insidieusement des éléments de discrimination : par exemple, lorsque des actions de communication reposent sur le postulat implicite que tous les gens peuvent entendre de la même manière un message unique exprimé dans le langage dominant, ou lorsque des recommandations ignorent les capacités de réponse réelles des gens et leurs limitations pécuniaires.

\* 6 (§4, p148) : Il s'agit enfin et surtout de retourner la conditionnalité : ce n'est pas au malade de faire la preuve de sa bonne conduite - et/ou au médecin de le « stabiliser » préalablement - pour retrouver les conditions minimales d'une vie digne mais à l'action sociale de lui fournir ces conditions minimales (un chez soi) à partir desquelles il pourra se rétablir, et le médecin lui fournir les soins qu'il nécessite.

\*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

\*11 (§1,p27) : une fois que nous avons instauré une relation de qualité, de respect et d'écoute avec eux, notre équipe se rend compte qu'ils ne manquent pratiquement aucun des rendez-vous fixés. Ils adhèrent bien souvent parce que le cadre proposé est souple et prend en compte le fait que certains n'ont pas fréquenté l'hôpital depuis 20 ans.

\*12 (§3,p58) : Le soignant accepte le patient tel qu'il est, sans jugement sur ce qu'il fait ou dit. Cette prise en considération du patient est renforcée par son aspect positif hors toute condition. Le patient trouvera là ce que la vie courante ne permet pas de rencontrer. Nous avons tous fait l'expérience qu'autrui nous accepte si nous respectons certaines règles ou possédons certains critères préétablis. Dans la relation d'aide, l'acceptation, dans un cadre professionnel, est inconditionnelle. Ce que le soignant accepte et distingue, c'est la personne et non pas ses comportements, ses symptômes ou sa situation plus ou moins douloureuse.

\*13 (§1,p116) : 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

\*13 (§2,p263) : Dans les réponses non institutionnelles les plus citées, on note que l'écoute, la relation d'aide sont presque toujours utilisées (98.4% de situations) , les petits arrangements et le système D (actes gratuits, prescription de médicaments moins chers, paiement en fin de mois, moins de prescriptions) permettent de répondre dans plus de 70 % des situations.

\*16 (§7, p1850) : Médicalement, dans l'attente de clarification du statut social, ou d'aides spécifiques (filières de réinsertion des conseils généraux, aide financière par l'assurance maladie...), le praticien doit pouvoir temporiser certains soins pour limiter le recours en situation d'urgence, assainir et ne pas obérer les chances de succès pour les soins à venir. À ce titre, une approche la plus conservatrice possible recourant, si besoin, à une logique de temporisation clinique (eugénolates, ciments, verre ionomères...), conjointement à un accompagnement social, doit être mise en place. Cette approche permet de préserver les chances du patient exclu du système de droit commun.

\* 6 (§2,p44) : Selon L. Fournier : « Les difficultés de transports, (...) les horaires des professionnels souvent incompatibles avec les files d'attentes que doivent prendre les sans-abris afin de subvenir à leurs besoins (repas, refuge, pour la nuit, rendez-vous avec les travailleurs sociaux) compliquent encore davantage l'accès aux services de santé, et ce, même dans les pays où ceux-ci sont gratuits.

### 3) Attente par rapport aux soignants

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

\*14 (§2-3-4, p18) : La peur d'oublier quelque chose, le souci de bien faire poussent ces jeunes infirmières à prodiguer dès l'arrivée du patient dans le service l'ensemble des soins techniques. Quantifiables et répondant à des demandes médicales perçues comme « urgentes », ils valorisent leur activité, ils lui donnent de « la valeur », c'est-à-dire à la fois une valeur symbolique et un cout. Or, dans le cadre de rapports d'activités chiffrés, le travail du « prendre soin » devient presque invisible : la quantification des soins relationnels n'apparaît pas. Concentrées sur leur tâche et anticipant déjà la prochaine, il devient malaisé pour celles-ci de prendre le temps d'écouter, de donner des conseils ou des informations quand le malade les sollicite. Pourtant certaines infirmières plus expérimentées ont une approche plus globale des personnes soignées, et cernent dès leur arrivée l'ensemble des problématiques de santé.

\*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

\*35 (§4,p3) : Tout se passe comme si ce qui était recherché dans la plus grande fréquentation des centres de soins gratuits étaient aussi la chaleur humaine et le sentiment d'appartenir à une communauté. Un tel sentiment d'appartenance se construit dans la fréquentation régulière des centres de soins ; avec le temps, il fait passer au second plan les soins de santé par rapport aux bénéfices de la socialisation que les usagers trouvent à l'occasion de leurs passages réguliers dans les centres. Un tel phénomène peut être illustré par les déclarations d'une femme qui, lors de ses premiers contacts avec la consultation "précarité" de Saint- Antoine, prêtait plus attention aux

qualités de compétence du personnel, par exemple leur "*conscience professionnelle*" plutôt que leur "*humanisme*", caractère qu'elle percevait pourtant chez d'autres médecins. Pourtant, deux mois après, elle précisait : "*Je ne connaissais pas... Maintenant, je vois que l'accueil est formidable. Ils sont tous gentils, magnifiques !*" (cf. citations de Isabelle Parizot in Chauvin et alii, 1999)

\* 38 (p.141) : Dans le cas de l'accueil des exclus ou des personnes en situation de forte précarité, le comportement des soignants, leurs craintes, leurs répulsions, ou leur respect apparaissent incroyablement importants dès les premières secondes de l'arrivée à l'hôpital. Pourtant, ce qu'on nous demande là, ce n'est pas tant un avoir technique qu'une présence, une attention. On pourrait presque dire qu'il y a une membrane très fine, mais très solide. Soit on les aide à la franchir, et ils font le premier pas vers la société « normale », soit ils ricochent contre. Et ils seront encore un peu plus exclus. C'est une responsabilité incroyable que de se trouver face à quelqu'un qui est en train de glisser, de sombre, et de savoir qu'on peut lui tendre la main. Pour, au moins, le retenir un peu, si on ne peut le sortir du gouffre...

« Là, avec les exclus, avec les personnes en grande difficulté sociale, l'accueil a une importance fondamentale. Bien sûr, ce sont aussi des patients, d'ailleurs ils ne viennent vers nous qu'à cause de la maladie. Mais les accueillir à l'hôpital ne signifie pas simplement leur ouvrir les portes de l'institution ! Il s'agit de les accueillir dans la société, de leur prouver qu'ils peuvent revenir parmi nous, qu'ils y ont des droits, qu'on les respecte. Quelquefois nous devons même les convaincre qu'ils sont encore des êtres humains parmi nous ! »

\*82 (§1,p121) : des relations d'attention ou de protection (l'image de « l'oiseau mère » qui protège ses petits a déjà été présentée), de gentillesse et d'amabilité sont reconnues qui favorisent la compréhension et une sorte d'apprentissage.

M et Mme A : « Nous, nous sommes des étrangers. Si on trouve quelqu'un gentil, aimable, on peut avancer »

\*82 (§1,p125) : c'est mieux quand on trouve les deux choses en même temps (technique et humaine)

#### - **Le soignant doit considérer le patient comme un partenaire**

\*4 (§4p90+§1p91) : la collaboration véhicule ce qui fait le lien social et politique : la rencontre, l'échange et la construction ensemble d'une expérience. Ces trois dimensions sont en jeu entre les professionnels et les personnes qui sont touchées dans leur équilibre social et psychique, et affectées dans leur corps. En les aidant à prendre des décisions et à faire face aux difficultés de leur vie, elle favorise leur maintien ou leur réintégration dans le jeu des relations humaines et les ramène à une meilleure santé, car retrouvant « *la capacité de maintenir et de nourrir les facultés nécessaires à l'établissement d'un échange riche avec le monde*. Ainsi, elle est un outil de lutte contre les inégalités sociales d'accès à la santé et à "*une vie bonne*".

\*5 (§2,p6) : faire émerger la demande de soins médicaux puis d'accompagner celle-ci tout au long du parcours de soin, par exemple par la prise de rendez-vous et l'accompagnement physique dans un cabinet médical, jusqu'aux conseils pour le suivi des prescriptions. L'approche défendue est une approche individuelle fondée sur la proximité : c'est la personne, l'entité individuelle, qui bénéficie d'aides particulières.



\*9 (§8,p30) : Il y a eu nécessité de changer nos pratiques : abandon du vouvoiement, s'asseoir à côté pour « s'appivoiser mutuellement » et, enfin, pouvoir parler « santé » puis envisager, ensemble, un projet.

\*10 (§5, p25) : l'exercice interdisciplinaire des Pass –qui ne saurait être, pas plus qu'un autre, à l'abri des dérives- explore une pratique globale non spécifique, plus facilement proche des préceptes hippocratiques. Il permet un authentique projet de soins qui, à défaut de mettre en œuvre toutes les recommandations officielles, a le mérite d'intégrer la dimension sociale des problèmes de santé et d'être élaboré avec les intéressés eux-mêmes. Ce type de pratique est à développer au service des individus pour leur protection et leur dignité.

\*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.

\*23 (§2,p234) : Concernant les populations défavorisées, les professionnels de la santé ont souvent un discours construit sur « la difficulté de..., le manque de... ». Il y a lieu de se demander si ce qui rend ces populations si difficiles à atteindre n'est pas lié au discours ou au regard que l'on porte sur elles. Il serait plus utile de miser sur leurs ressources. On ne peut en effet rien construire sur un manque... Modifier notre regard, notre manière de parler, notre manière d'être, réfléchir sur ce qui nous différencie, sur les ressources de ces populations plutôt que « sur leur manque de » est une façon de modifier nos pratiques et de rendre ces populations souvent moins difficiles à atteindre.

\*38 (p155) : Ce que nous demandent les malades, à tous les stades de l'information, jusque dans le « colloque singulier » et le secret, c'est de participer pleinement aux choix thérapeutiques et finalement à leurs propres soins. Cela est tellement évident que l'on se demande comment on a pu si souvent l'oublier. Certaines situations extrêmes, mais relativement fréquentes, éclairent ce déficit banal d'attention à l'information, et donc à la participation, qui tend à courir de haut en bas des soins

\*38 (p203) : Restituer à la personne ses facultés d'initiative, c'est reconnaître son inaliénable humanité. Par conséquent il semble nécessaire de la réintégrer dans un champ relationnel reconstitué autour d'un principe de réciprocité. Je vois là comme indispensable la définition d'une relation contractuelle qui engage dans un partenariat soucieux d'un objectif auquel visé et souscrire. Cette notion de contrat permet d'édicter des règles, de reconstituer le cadre d'un rapport structurant qui engage et implique. Il importe donc d'exposer les conditions et les limites de nos devoirs d'intervention, ne serait-ce que pour déterminer le rôle, les responsabilités à caractériser et à répartir pour que le partenariat puisse avoir un fondement, un sens, une cohérence. La transgression constitue dès lors une enfreinte qui met directement en cause, les principes de la relation de soin. Etre conséquent, c'est admettre que certaines limites ne peuvent pas être franchies.

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

\*11 (§4,p27) : leurs attentes : Respecter leur temporalité. Toutes issues du secteur hospitalier, nous avons dû nous « déformer » pour entrer dans leur propre notion du temps

(...) il nous faut aussi accepter d'avoir des objectifs de soins très modestes. Au début nous étions tentées d'aller vite mais ils ne nous suivaient pas. Il faut aussi savoir accepter les ruptures de temporalité (...) et il ne faut pas se leurrer : certains fuient justement au moment où nous les approchons de trop près

\*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 (§5,p81+§1-2,p82) : des personnes en situation de précarité peuvent amener très vite des médecins à une confrontation à l'échec; ces derniers peuvent le ressentir de façon particulièrement intolérable, par exemple quand ils tentent de traiter une pathologie pour laquelle la prise en charge est efficace pour la majorité de la population. Dès lors, l'échec peut être rapidement être imputé au comportement de la personne , à son manque d'envie et de volonté de se soigner

Pour P. FOUCRAS : « *On risque alors de remettre en question, pour les plus pauvres, l'essence même du pari éthique à l'origine du choix d'être soignant : l'homme désire "une vie bonne avec et pour les autres", et la santé est un des outils majeurs pour cet objectif. Ainsi la confrontation à l'échec peut amener à penser que des hommes pourraient "choisir" de ne pas vouloir "cette vie bonne", et donc préférer rester malade ou en mauvaise santé. »*

Ce médecin fait le pari inverse et interroge : « (...) *qu'est-ce qui fait, dans sa vie, dans son histoire, que tel homme peut être empêché de choisir "cette vie bonne", et va parfois jusqu'à donner l'impression, voire jusqu'à dire et même penser, qu'il la refuse ?* » Selon lui, « *la rencontre soignante des plus pauvres* » ouvre pleinement à une dimension humaine, éthique déjà connue mais à ré-aborder de façon nouvelle, et à transmettre aux futurs soignants. Il pense qu'« *il ne peut pas y avoir de démarche éthique valable et validée si elle n'est pas confrontée au défi de la rencontre du plus souffrant.* »

Les professionnels enquêtés font passer le message que la santé est une forme de lien social qui se construit localement et qui nous rappellerait que tout citoyen a droit à une vie de qualité (cf. les Droits de l'Homme). Cette reconnaissance de la valeur de la vie individuelle constituerait alors une sorte de rempart ultime contre l'exclusion.

\*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 !

\*38 (p140) : Le refus de soin est l'expression d'un sentiment d'inacceptabilité dont la perception peut évoluer en fonction de la prise en compte de considérations réciproques. C'est là où semble importer la communication, davantage encore que l'information

\*38 (p155) : Si la personne refuse notre aide, cela veut dire qu'elle n'est pas prête, que le traitement que nous lui proposons n'est pas adapté. Reste que ça peut être difficile. Laisser quelqu'un dans la rue, par exemple, équivaut à le livrer au péril, pas un péril immédiat mais tout de même..Ne pas intervenir revient tout compte fait à l'abandonner. L'intervention peut parfois donner l'impression à la personne secourue que l'on va résoudre tous ses problèmes, ce qui est loin d'être aussi simple ! Pour nous c'est un véritable dilemme éthique. Les exclus, dans la rue, sont dépourvus de ce qui nous semble essentiel et indispensable à leur existence. Ceux qui vivent ainsi depuis plusieurs années sont littéralement « cassés ». Ils ont leur propre rythme et nous devons l'admettre. L'urgence, en quelque sorte, est de les accompagner dans la durée. Ne pas les abandonner, c'est être auprès d'eux autant de fois qu'il le faut. Nous avons une obligation de moyens, pas de résultats.

Quand on retire ses droits à un individu, quel qu'il soit, on le prive de ses besoins. Quand on retire à un homme son pouvoir de choix, de décision, on lui retire sa conscience de lui-même. Face à certaines situations, on a l'impression que faire, c'est bien faire, mais que ne rien faire le serait tout autant. Comment alors prendre la décision ? Pour que certaines personnes, en situation extrêmes, puissent être en état d'entendre l'information que l'on veut leur donner et d'estimer l'aide qu'on peut leur apporter, il faut du temps et des moyens que nous n'avons pas .On bricole, On essaye d'arrêter ou de ralentir leur chute. Et parfois on sait d'avance que l'on ne pourra rien faire de solide...

- **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) : Savoir communiquer exige et suppose tout au moins une connaissance d'un milieu différent, d'un comportement qui ne peut s'expliquer que par un long passé de souffrance et de misère difficile à exprimer. Cette démarche nécessite une formation appropriée face aux situations difficiles à gérer, notamment, celle de la violence. Aider le malade à retrouver ses droits, ce dont il n'avait pas la notion, le plus souvent, le diriger vers des structures adaptées quand sont décelées diverses pathologies. De leur redonner espoir et dignité et un certain sens des responsabilités décisionnelles en les aidant à retrouver un statut social.

\*4 (§5,p27) : Le médecin ne peut pas faire de la médecine, des prescriptions et veiller à l'accompagnement aux soins, sans prendre en compte la réalité de vie des patients.

\*13 (§2,p263) : La quasi-totalité des médecins font ainsi appel à des réponses individuelles et utilisent largement les mesures d'ordre économique. Pour plus de deux tiers d'entre eux, ces réponses passent par le développement du travail en réseau (sanitaire et social) et de la formation médicale continue sur ces sujets. La moitié d'entre eux soulignent également la nécessité d'étendre le tiers payant et proposent l'intégration de la prévention et de l'éducation pour la santé dans les pratiques des généralistes, ainsi que des actions de formation conjointes pour les médecins et les travailleurs sociaux.

\*6 (encadré n°8, p67-68) : l'évaluation des besoins des médecins généralistes face à la prise en charge des personnes en précarité :

- la pratique est individuelle, le médecin « isolé » doit apporter une réponse en temps réel type « prestation de service » ;
- les médecins ont une méconnaissance des textes législatifs et, pour une part d'entre eux, des problématiques spécifiques des populations concernées par le projet ;
- les médecins se constituent des modes d'organisation en réseau de façon empirique selon les affinités de chacun. Il y a une grande diversité des pratiques professionnelles ;
- la plupart du temps, les demandes des patients en situation de précarité sont complexes, et ce d'autant plus que les personnes ne peuvent compter sur aucune aide de leur famille. Or, les réponses des médecins sont centrées sur l'acte médical à un point tel qu'elles tendent à s'opposer à toute « discrimination positive », dans la crainte d'apparaître stigmatisante ;

Au total, les médecins généralistes sont demandeurs d'une « structure de coordination » autour du patient, de la création d'un « guide des personnes et structures » et de la mise en place d'un « numéro vert avec médecin de permanence »

\* 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

\* 2 (§6,p14) : Il paraît indispensable qu'une formation initiale soit introduite dans le cursus des études médicales, ce type de formation ne peut être optionnel, car soigner les plus démunis ne peut être facultatif. Cette formation médicale initiale pourrait être renforcée au niveau du troisième cycle, notamment lors du stage chez le praticien. Elle devrait également être complétée par une formation médicale continue.

\* 2 (§6 à 9,p16) : Au terme de cette étude qui montre que le médecin sera chaque jour davantage confronté à la précarité, il nous paraît nécessaire d'insister sur le rôle que peut et doit jouer l'Ordre pour améliorer sa formation en ce domaine. en insistant pour faire entrer la prise en charge de la précarité dans la formation médicale initiale mais également au cours du 3ème cycle lors du stage auprès du praticien en veillant à la poursuite de la formation en ce domaine lors de la formation médicale continue (FMC), en participant à la formation des médecins comme le CNOM l'a déjà initié dans un bulletin thématique, mais aussi au niveau de chaque département par la publication des dispositifs institutionnels et associatifs auxquels le médecin peut s'adresser en cas de difficulté.

\* 4 (§2,p11) : Il nous apparaît notamment que la formation des professionnels doit prendre en compte ensemble la dimension de la précarité et de la santé et préparer à la collaboration transversale et interdisciplinaire.

\* 4 (§4,p84 +§1,p85) : Certains médecins arrivent à penser qu'une formation spécifique est indispensable. P. FOUCRAS, a déjà réfléchi à ces questions, et propose des pistes de formation et de recherche « pour un enseignement sur l'exclusion en faculté de médecine :(...)»

- formation aux réalités de vie des populations les plus précaires
- formation à la reconnaissance et à la prise en compte des efforts de ces populations, parfois maladroits, souvent inadaptés, rarement efficaces, mais toujours réels, pour avancer dans la conquête d'une santé meilleure pour une vie bonne
- formation et compréhension des facteurs humains, psychologiques et culturels qui nous mettent en échec dans la prise en charge de cette population
- formation à des stratégies de soins et à des attitudes intégrant ces réalités

- formation à un nouveau regard éthique et humaniste.

\*6 (§2, p20) : comme le préconise X. EMMANUELLI :

*«on pourrait lancer des passerelles entre les écoles d'infirmières et celles des travailleurs sociaux afin que tous les personnels soient formés au caractère infiniment complexe des situations de détresse. Les SAMU, les SAMU sociaux, les institutions d'assistance et d'assurance, les SOS Médecins pourraient ainsi recourir à des personnels formés qui bénéficieraient d'une reconnaissance de leur métier et pourraient faire carrière dans le monde sanitaire et social. Cela peut s'envisager si l'on ouvre des ponts dans la transversalité, au lieu de le faire uniquement dans la verticalité afin de constituer des professions spécialisées. »* Ultérieurement, au cours de l'exercice professionnel, des rencontres, colloques, débats ensemble pourraient ponctuer l'évolution des réflexions, des recherches, des pratiques dans le champ des problématiques de santé et de précarité .

\*6 (§4 p65, §1 p66) : Une étude menée dans les Bouches du Rhône par l'ORS PACA auprès de 434 médecins généralistes montre que la plus grande part des activités en direction des populations démunies semble être assurée par un tiers environ des médecins.(...) Prendre en charge des publics spécifiques nécessite en effet une pratique adaptée et, donc, une formation (complémentaire) elle aussi adaptée (d'où l'importance, dans la formation initiale, des stages chez les praticiens de ville ou dans les PASS hospitalières pour les futurs praticiens, ou encore les enseignements universitaires ou de formation médicale continue sur ces sujets qui, les uns comme les autres, ne concernent malheureusement qu'une petite minorité des médecins libéraux).

\*8 (§2) : le problème de la précarité n'est pas prêt de se résorber. Or, les médecins - et peut-être plus encore les hospitaliers - continuent de méconnaître cette réalité sociale(...) Il nous a semblé important, urgent, de permettre aux médecins d'acquérir une formation minimale sur cette réalité-là, d'être capables d'adapter si nécessaire leur pratique face à ces patients.

\*10 (§3,p25) : la formation du personnel hospitalier est nécessaire pour un meilleur repérage des situations de précarité, pour un soutien réel des personnes et une coordination efficace du suivi médical en aval.

\*13 (§2,p120) : Un besoin de formation

Au cours de la moitié des consultations, au moins un problème social est abordé. Au décours de 31.6% des consultations la prescription médicale est influencée par la situation sociale du patient (et empêchée dans 6% des cas ). Pour la grande majorité des médecins généralistes enquêtés (85.7%) la prise en charge sociale des patients précaires relève de leur responsabilité d'omnipraticien. Les deux tiers ont le sentiment d'être de plus en plus souvent confrontés à des personnes en situation sociale difficile. Dans le même temps, la plupart (85% d'entre eux) s'estiment mal formés au cours de leurs études médicales à la prise en charge de tels patients et 67.6% souhaiteraient que des sessions de formation médicale continue traitent de ces sujets.

\*14 (§4,p21) : Le manque de formation est également une des causes de non repérage des situations précaires. 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.

\*6 (§3,p116) : Les professionnels sont confrontés à la violence des situations sociales dans lesquelles se trouvent les personnes. Ils ont peu d'outils et pas de statut pour affronter cette violence. L'institution fabrique de façon consciente ou inconsciente une protection, elle pose des règles contre les personnes ne respectant pas les cadres et les situations « limites ». Les programmes de réduction des risques ne protègent pas les professionnels comme l'institution hospitalière le fait. Ils les exposent à la réalité sociale brute avec toutes ses inégalités et sa violence. La formation universitaire ne forme pas les professionnels à appréhender cette réalité sociale, ils ne disposent d'aucun outil. Des équipes s'épuisent par manque de réponses et de cadre d'analyse à la recherche de solutions. A ce jour, les compétences spécifiques à avoir ne sont pas encore formalisées, elles ne sont ni reconnues ni valorisées.

\*15 (§1,p24) : Les attitudes de rejet qu'on peut observer, y compris au sein du personnel hospitalier, sont toujours, au moins pour une part, liées à une méconnaissance des processus de précarité, des droits des malades, des devoirs, des obligations et des responsabilités de l'institution hospitalière et de ses professionnels.

\* 38 (p141) : « En fait, les personnes en difficulté sociale arrivent aux urgences par défaut. Nous ne sommes ni vraiment préparés, ni vraiment équipés pour répondre aux demandes. On le devient, par force, et de manière empirique, selon la bonne volonté de chacun.

\*78 (§1, p117) : L'étude Précar montre qu'une partie des consultants des centres de soins gratuits a une utilisation régulière et suivie de ces dispositifs, au sein desquels les personnes bénéficient de soins et d'écoute de la part d'un personnel formé pour répondre à leurs demandes et craintes, atténuant ainsi aussi les renoncements (Chauvin *et al.*, 2001). D'autres initiatives locales ou des associations (Samu social, Médecins du monde...) contribuent aussi largement à accompagner des personnes défavorisées et exclues vers les soins en tenant compte de la spécificité de leurs conditions de vie.

\*78 (§1, p118) : Les études soulignent souvent la méconnaissance qu'ont les personnes en situation précaire de leurs droits et des systèmes de soins dont elles peuvent bénéficier ; mais certaines montrent aussi que les professionnels de la santé connaissent mal les situations et conditions de vie particulières de leurs patients en difficulté, les risques de santé qu'ils encourent fréquemment et les réticences et peurs qu'ils peuvent éprouver face aux systèmes de soins (Aubert *et al.*, 1995 ; Viau *et al.*, 2001 ; Dgs, 2001). Deux enquêtes indiquaient ainsi que les médecins se trouvent souvent démunis face à leurs patients défavorisés dont les besoins sont plus larges que l'assistance médicale, relevant en partie d'autres compétences que les leurs (Viau *et al.*, 2001; Dgs, 2001) : les attentes de ces médecins sont à la fois de bénéficier de formations spécifiques sur ces situations et sur les structures existantes, susceptibles d'aider les patients dans leurs démarches, et de faire partie de réseaux de prise en charge.

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

\*6 (§1-2-3, p68) : La Loi HPST : une clarification du rôle du médecin traitant  
Dans son titre II, la loi renforce et clarifie le rôle du médecin généraliste, « *acteur pivot en terme de soins de premier recours* ». De notre point de vue et au regard des limites rappelées ci-dessus, ce rôle - effectivement essentiel - oblige à envisager, pour les personnes sans chez soi (et, plus généralement, toutes celles en situation de grande précarité), le développement d'une « fonction

support » à la pratique du médecin libéral pour que ces personnes puissent bénéficier d'un accès aux soins de qualité comme le prévoit la loi et pour que les médecins puissent les prendre en charge dans le cadre d'une activité libérale. Il semble, en effet, que pour ces personnes aux conditions sociales et sanitaires complexes et souvent intriquées, le médecin généraliste ne peut être laissé dans un exercice professionnel solitaire et que sa pratique strictement médicale, pour qu'elle soit efficiente et de qualité, doit être accompagnée, préparée et relayée par une offre de service complémentaire. Cette prestation pourra donc s'envisager comme un soutien à la coordination des soins en particulier sur les axes suivants :

- Accès aux droits et accompagnement dans les démarches
- Synthèse des informations médicales et sociales
- Aide à l'hospitalisation pour les soins aigus et soins de suite
- Accompagnement dans les démarches de soin, d'hygiène et de prévention (dépistage et vaccination)

Deux points importants sont à souligner : d'une part la nécessité de mutualiser cette fonction support sur un territoire de santé, et d'autre part d'en garantir un accès et une utilisation simplifiés tant pour les professionnels que pour les personnes sans chez soi

\* 7 (§1,p64) : les médecins libéraux n'ont en général pas connaissance des dispositifs sociaux qui pourraient permettre à leurs patients de solutionner des situations difficiles

\*13 (§2-3,p259) : Aujourd'hui, le rôle et les missions du médecin généraliste doivent être resitués dans ce contexte. Le médecin généraliste doit répondre aux problèmes et aux besoins de santé des populations des quartiers dans lesquels il exerce, et en particulier, à ceux des personnes et des familles en difficulté. Ces situations réfèrent autant à des difficultés liées à une pathologie qu'à une situation sociale dégradée. Les constats de « désaffiliation », de désinsertion ou d'exclusion que font aujourd'hui les médecins et les travailleurs sociaux dans leur pratique quotidienne au contact de certaines populations (toxicomanes, alcooliques, personnes atteintes du VIH, personnes sans domicile, RMistes) renvoient à une prise de conscience des limites de l'intervention médicale. Le médecin généraliste occupe une place d'observateur et de témoin privilégié des populations, de leurs problèmes et de leurs besoins de santé, et, de façon plus large, des pratiques sociales dans la cité.

Une demande « médicalisée » est adressée au médecin mais les problèmes sont ,en réalité, multidimensionnels, la dimension sociale étant souvent essentielle : seule la partie émergée, médicale, de l'iceberg lui est présentée, occultant la situation sociale. Il est souvent impossible de discerner (donc de traiter de façon dissociée) la part relevant d'une réponse médicale de celle relevant d'une réponse sociale. Cela oblige aujourd'hui l'ensemble des acteurs sociaux à une approche nouvelle de l'action sanitaire et sociale , nécessitant – à la fois- une redéfinition des rôles et des fonctions de chacun, et une bonne connaissance des dispositifs, des structures et des personnes-ressources auxquels il sera nécessaire de faire appel pour la résolution des problèmes rencontrés. Au-delà de la prise en charge des patients, se posent ainsi les questions de l'articulation du sanitaire et du social, et de la place de chaque intervenant (travailleur social, médecin généraliste, collectivités locales dans les actions de santé publique), préalable d'une réflexion plus large sur la place de « l'usager malade citoyen ».

\* 1 (§4,p89) : Mais il est possible de mettre en oeuvre des mesures concrètes et immédiates pour améliorer sur le terrain, dans les programmes de santé, la coopération des diverses catégories d'intervenants et des bénéficiaires : favoriser les formations interdisciplinaires pour sortir des logiques professionnelles et institutionnelles ; mettre à plat les questions de statut, de

reconnaissance, de responsabilité et de compétence, de crédibilité et de confiance afin de surmonter les difficultés relationnelles entre secteur formel et informel, entre acteurs institutionnels et acteurs associatifs ; enfin, donner la parole aux citoyens les plus démunis en respectant leurs modes d'expression et en soutenant leur participation au programme.

\*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...

\*2 (§9-10,p.16) : formation des médecins comme le CNOM l'a déjà initié dans un bulletin thématique, mais aussi au niveau de chaque département par la publication des dispositifs institutionnels et associatifs auxquels le médecin peut s'adresser en cas de difficulté. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de créer autour de celui qui se trouve en situation de précarité, un véritable travail en réseau.

\*3 (§3,p157) : afin d'offrir des soins globaux et accessibles à nos patients, nous devons être particulièrement attentifs aux déterminants sociaux de la santé et travailler en collaboration étroite avec d'autres acteurs. Tout d'abord avec les différents soignants de la première ligne de soins: kinésithérapeutes, infirmières et confrères généralistes. Et avec le réseau médico-social du quartier: (...) collaborer ne veut pas dire se substituer

\*4 (§4,p29 + §1,p30) : comment advient-il que les populations en situation de précarité ne saisissent pas l'offre de soin existante ? Et par conséquent, comment remédier à cela ? La ou les réponses ne peuvent pas se construire sur l'intervention d'un seul secteur, mais sur la coopération entre plusieurs secteurs. (...)la coopération est devenue progressivement un outil de travail au service d'actions coordonnées. Fin des années 80, début des années 90, la notion de réseau est majoritairement associée à ces pratiques.

\* 4 (§3,p54) : Il apparaît que la nécessité de faire appel à l'autre et de travailler ensemble découle des limites que les acteurs attribuent à leurs propres capacités d'analyse des situations et d'action. Nous remarquons que cette démarche ne va pas de soi, n'est pas spontanée et qu'il est toujours plus facile de faire seul (jusqu'au blocage). Mais si le constat du manque crée le besoin de l'autre, il n'est pas suffisant pour construire une collaboration. Pour cela il importe d'avoir aussi la volonté de résoudre les problèmes dans le cadre collectif qui devient comme un outil de résolution et d'évolution des pratiques. L'engagement dans ce processus conduit à la confrontation des approches et des compétences.

\* 4 (§3,p83) : la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire. Elle exige *«l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines économiques et sociaux connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés. Les groupements professionnels et sociaux, tout comme les personnels de santé, sont particulièrement responsables de la médiation entre les intérêts divergents, en faveur de la santé. »*

\* 4 (§4,p89) : Conscients de l'imbrication des difficultés des personnes et par conséquent de la nécessité d'une approche globale, des TS et des soignants collaborent.

\*6 (§2,p66) : La fragmentation et l'éclatement des prises en charge



Un des premiers outils à mettre en place pour le médecin généraliste serait la constitution d'un réseau médico-social sur son territoire. Ceci avait déjà été relevé en 1999 dans l'enquête de l'ORS-PACA qui montrait « *que la prise en charge de nombreux patients ayant des revenus inférieurs ou égaux au RMI implique, de la part des médecins, une plus grande coordination avec le secteur social. Il existe déjà un renforcement manifeste des liens entre les deux secteurs mais aussi de la part des médecins, une recherche d'aide et d'information qui reste encore mal déterminée* ». Dans l'enquête toulousaine citée précédemment, il ressort que les médecins se construisent des réseaux d'adresses au cas par cas mais n'ont pas une connaissance exhaustive des ressources potentielles sur leur territoire

\*6 (§1,p78) : Ainsi, développer l'accompagnement des personnes et les coordinations entre les secteurs en intra et avec l'extra hospitalier est une des clés de réussite pour améliorer l'accès aux soins des personnes sans chez soi.

\*7 (§3,p64) : le travail au sein d'un réseau permet également au médecin, grâce au travail en équipe, de faciliter la circulation de l'information, d'améliorer ses connaissances, de remettre en question ses propres pratiques et de travailler avec les autres acteurs à une amélioration de la qualité de la réponse offerte aux personnes en souffrance

\*11 (§5,p27) : travailler en réseau, c'est travailler sur nos spécificités et sur notre complémentarité. La pratique est plus rude, le travail collectif est difficile à cause des querelles de clocher, des luttes d'influences et de territoire. Quand le réseau fonctionne mal, nous manquons d'informations sur les personnes que nous prenons en charge. Quand il fonctionne bien, cela nous permet d'améliorer la cohérence et de coordonner les équipes pour permettre la prise en charge au plus près de la personne. Finalement, travailler en réseau, c'est aussi savoir rester malléable, voire manipulable pour favoriser la prise en charge en s'accordant sur les moyens et les finalités us projet.

\*6 (§4,p71) : La question des lits d'aval reste complexe car les soins de suite, maisons de repos ou de rééducation ont la même défiance par rapport à ces patients. L'accès à ces établissements est souvent cautionné à l'assurance d'une solution en sortie vers des structures d'hébergement. Or, les assistantes sociales hospitalières n'ont pas une connaissance précise des structures sociales extra hospitalières du fait de l'éclatement des dispositifs. Elles sont souvent sollicitées en fin de séjour hospitalier doivent trouver des solutions en urgence et ne sont que peu en lien avec les médecins des services alors que les structures d'aval sont demandeuses d'informations médico-sociales. Là encore il y a juxtaposition de prestations alors qu'une vision globale et une coproduction est nécessaire.

\*20 (n°162) : l'admission au SAU est le principal moyen d'accès à une hospitalisation pour les patients en situation de grande précarité, les plus âgés étant particulièrement vulnérables en termes de morbidité. Or le nomadisme médical est un facteur de perte d'information, d'efficacité et d'erreurs de prise en charge. La création de ce réseau formalise un lien entre équipes soignantes et sociales et a pour vocation d'améliorer la transversalité de la prise en charge par une meilleure connaissance médicale des patients et des dispositifs existants

\*13 (§2,p261) : Une première enquête, effectuée en 1991 dans le département de Val de Marne auprès de médecins généralistes et d'institutions ayant à intervenir dans l'action sanitaire et sociale, fait apparaître un certain nombre de besoins concernant

- la nécessité pour les praticiens libéraux de mieux connaître les services sociaux et leurs mission
- les cloisonnements interdisciplinaires
- le manque d'informations sur les droits sociaux

- le manque de disponibilité horaire ou financière pour les médecins libéraux rémunérés à l'acte
- la méconnaissance réciproque entre acteurs sanitaires et sociaux

\* 78 (§1,p119) : Une meilleure connaissance des problèmes de santé fréquemment liés aux conditions de vie difficiles et des moyens existants pour une prise en charge adaptée permettrait aux personnes démunies et aux professionnels de la santé d'intervenir plus efficacement. Il faut pour cela multiplier les réseaux de prise en charge, former les médecins et informer les personnes en difficulté.

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

\*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

\*84 (§1+4,p261) : l'adaptation de l'humour à plusieurs paramètres : à la gravité de la situation, à la personnalité et à la culture du patient, et à la distance existante entre médecin et patient [...]'humour est un outil précieux aux fonctions multiples, aux bénéfices variés, mais qu'il faut manier avec circonspection et délicatesse, sur fond de respect, de conscience professionnelle, et de bienveillance.

4) Attentes par rapport aux patients

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

\*6(§6,p69) : La prise en charge des personnes sans chez soi se fera dans le cadre d'un contrat d'accompagnement individualisé tripartite. La stratégie de soin sera envisagée avec la personne et mise en place à son rythme. Les accompagnements et la coordination se feront en lien étroit avec les équipes mobiles de proximité.

\*8 (§5) : D'abord, il faut les guider afin qu'ils récupèrent leurs droits sociaux : avec la CMU, ils peuvent quasiment tous, désormais, avoir accès à une prise en charge de leurs soins. Bien sûr, les traiter rapidement et s'assurer du suivi médical ultérieur. Lorsque ces malades présentent plusieurs pathologies - ce qui est souvent le cas- il faut essayer de fixer avec eux des priorités, les voir régulièrement pour évaluer les traitements et mettre en place, au fur et à mesure, de nouvelles stratégies. Il faut aussi leur donner des prescriptions courtes, faciles à suivre. L'objectif, c'est de les suivre en médecine de ville, avec quelques consultations spécialisées à l'hôpital. En rationalisant nos démarches diagnostiques et thérapeutiques, nous pouvons traiter des affections sévères (infections cutanées, HTA, pneumopathie, diabète) avant des complications viscérales irréversibles, et cela sans dériver des coûts.

\*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.

\*10(§1,p25) : (...)« la participation active de l'utilisateur à toute décision le concernant doit toujours être sollicitée en le restituant au centre de la démarche de soins dans un processus continu d'adhésion »

\*11 (§1,p27) : une prise en charge globale psychologico-médico- sociale ne peut être réussie en effet que s'ils en sont acteurs. Nous les questionnons sur leurs besoins lors d'entretiens réguliers mais nous travaillons aussi à précéder l'émergence de ces besoins puisqu'ils ne sont pas forcément en capacité de les formuler. En résumé, une prise en charge sera réussie si elle s'inscrit dans la durée, avec un lien relationnel fort et dans le respect de l'altérité

\* 6 (§4,p1) : Ce terme s'oppose en outre à l'idée d'incurabilité des personnes malades et à une image de personnes sans chez soi faibles et sans capacités, ce qui est une violence supplémentaire qui leur est faite. Le rétablissement parle du parcours et du combat des personnes face à la maladie et à l'exclusion. Une politique du rétablissement reconnaît l'intérêt des expériences des personnes et utilise leurs compétences.

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

\*19 (circulaire) : Les personnes sans abri auditionnées rapportent des expériences variées. Le manque de confiance des soignants à leur rencontre est un premier constat. Ils sont souvent suspectés de chercher le gîte et le couvert. Cette suspicion peut s'expliquer en partie par les comportements et discours des personnes malades sans abri car elles ont tendances à percevoir l'hôpital comme une ressource pour dormir, manger, rencontrer d'autres gens et comme un service de placement en vue d'autres services.

(...)Les professionnels de l'hôpital auditionnés qui ont l'habitude de recevoir beaucoup de personnes sans abri racontent être passés d'une attitude hostile à une approche plus compréhensive en réalisant que ces individus sont véritablement malades et ne sont pas des « profiteurs »

\*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 rejallir sur la qualité du soin.

\* 4 (§1,p84) : Certains médecins sont ébahis quand ils réalisent les conditions de vie de certains patients (ceux qui ont travaillé en dispensaire ou dans l'action humanitaire n'ont pas cette réaction). Elle commente qu'en général, ils ont tendance à toujours voir en priorité la maladie. Quand elle *« leur apporte en plus le paramètre de la précarité »*, cela implique pour eux *« une démarche intellectuelle supplémentaire »*. Ils ont du mal à démêler les intrications des problèmes et portent parfois des jugements hâtifs (*« c'est de sa faute s'il en est là »*). Cette professionnelle a conscience que les médecins sont confrontés à des situations lourdes : la maladie, l'échec, la mort, que la prise en compte de la dimension sociale vient encore appesantir.

## 5) Problèmes d'hygiène

**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) : 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.

\*14 (§2-3,p20 + §1,p21) : Les représentations sociales de la précarité sont souvent négatives et dévalorisantes provoquant souvent un sentiment de malaise, voire d'appréhension. L'image de l'étranger sans papiers, du personnage vivant en marge de la société, de l'ancien détenu et les images véhiculées par l'alcoolisme et autres toxicomanies sont encore prégnantes.

Pour les infirmières interrogées, une personne en situation de précarité est solitaire, affiliée à la CMU, souvent sans domicile fixe ou logée dans des conditions insalubres, n'a pas ou très peu de revenus financiers

« C'est quelqu'un qui est SDF (sans domicile fixe), qui n'a pas de mutuelle et qui est à la CMU »,  
« une personne qui vit dans des lieux insalubres et qui a un état de propreté déplorable »,  
« quelqu'un qui vit seul , SDF, ou quelquefois il peut vivre dans des logements insalubres. Ses revenus sont inexistantes ou il en a très peu... » Certaines même pensent n'en avoir jamais vu dans leurs services : « il n'y en a jamais eu dans le service », « c'est une personne SDF, ça n'arrive pas souvent » (...). Happées par leur quotidien, délaissant la dimension sociale de la personne soignée à l'assistante sociale, les infirmières se centrent sur leurs activités et n'ont pas toujours pris conscience que les situations de précarité sont multiples et diversifiées.

\*6 (§3 ,p65) : Une enquête auprès de 40 médecins généralistes toulousains en 2005 montrait qu'ils avaient en moyenne 10% de patients en situation de précarité dans leur clientèle (CMU – AME) mais que, plus la présentation physique des personnes étaient dégradée, plus la mixité de population dans les salles d'attente était problématique. Ainsi un médecin généraliste voyait son patient sur le pas de la porte quand il était trop alcoolisé, sale et malodorant

\*23 (§2-3,p230) : Le niveau de préoccupation du patient, le motif de la consultation attirent aussi l'attention du médecin. Certains médecins se basent sur l'aspect extérieur : négligence des mains et des cheveux, manière d'être, de bouger, de se comporter, de s'habiller, vêtements imprégnés d'odeur de tabac et d'alcool

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

\*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 (outre 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**

\*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<sup>60</sup>.

\*9 (§1,p30) : l'absence d'un lieu d'accueil pour des personnes en situation d'extrême précarité qui trouvaient refuge dans le hall de l'hôpital pendant l'hiver (...)

Ainsi est né Point d'eau qui propose aux SDF un petit déjeuner, un vestiaire, la possibilité de prendre une douche et de faire laver son linge. L'hôpital assure l'intendance et fournit les denrées alimentaires. Des bénévoles accueillent les personnes.

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

\*73 (§3,p293) : Or, le corps du sans domicile qui parcourt les rues avec cette juxtaposition de vêtements et d'objets divers exposés, ne semble-t-il pas avoir besoin d'une enveloppe sur lui-même pour cacher ce qui insiste le plus à apparaître ?

\*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 défailante

[...] 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 source de violence**

\*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 (§1,p67) : Ils peuvent être soumis à des discriminations allant même jusqu'à des refus de soins de la part des professionnels, que ce soit en lien avec leur couverture maladie (CMU), leur apparence ou leur comportement.

## 6) Barrières 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) : (..)- 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.

\* 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. Ceux-ci se retrouvent trop souvent perdus et isolés, ballottés de consultation en guichet, de salle d'attente en couloir, sans que l'anxiété et la peur provoquées par l'hôpital ne trouvent de possibilité de soulagement.

\* 32 (§4,p59) : La non-habitude des consignes médicales pose les difficultés suivantes : refus de la prise de sang, rejet du masque... Le non-respect des recommandations médicales, dû à un manque de culture médicale ou à une mauvaise compréhension, peut ainsi avoir de lourdes conséquences et engendrer des surcoûts

\* 38 ( p.136-137) : Le plus souvent, malgré des efforts d'architecture ou de décoration, l'hôpital apparaît comme un lieu froid, rébarbatif et il ne suggère aucune bienveillance envers les malades ou les proches contraints d'y pénétrer. La chambre se présente comme un lieu tragique, laquée de drames et d'inquiétudes, alors qu'elle devrait être le lieu magique d'une réappropriation des forces de l'existence. Les lits s'alignent comme autant de couches de contrainte et non de refuge, de repos et d'intimité accueillante.

\* 38 (p.139) : Aujourd'hui, bien souvent, il n'y a plus d'approche globale du soin, pas plus dans le comportement infirmier que par l'ensemble des soignants. Le soin est devenu avant tout technique, parcellisé, instrumentalisé. Ce n'est plus une relation avec une personne. Le malade, c'est juste quelqu'un qui passe ou a un problème à résoudre. Les personnes arrivent, elles voient la pancarte « accueil ». Et l'accueil c'est d'abord de la paperasserie, c'est un couloir, un hall avec des gens pressés, comme si tout le monde avait envie d'être ailleurs. Certains patients sont là, déjà perdus. On leur dit « Faites d'abord votre prise en charge ! ». Ils doivent montrer qu'ils ont le droit d'être là... Pour certains, c'est déjà en rajouter à l'humiliation...

## II- Questions financières dans la relation médecin-malade

### 1) Un problème nouveau

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

\* 2 (§1,p1) : Depuis 10 ans, le nombre de personnes ne pouvant accéder aux soins et se trouvant en état de précarité n'a cessé de croître. Certes, ce phénomène n'est pas nouveau, comme le rappelle

un bref rappel historique, mais il est plus choquant aujourd'hui qu'hier en raison de progrès en tous genres, notamment sur le plan socio-économique dont chacun souhaiterait bénéficier.

\* 4 (§1,p9) : Dans son rapport de Février 1998, le Haut Comité de la santé publique alerte sur « La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé ». De fait, aujourd'hui pour une large frange de la population le seul accès à des soins « courants » est devenu difficile. Le risque d'une régression apparaît maintenant face à l'ampleur de la précarité – environ 6 millions de personnes sont touchées – et suscite de lourdes inquiétudes.

\* 8 (§1) : Au cours des quinze dernières années, la crise économique a précipité une partie de la population dans une situation de précarité, voire d'exclusion. à l'hôpital, on a vu de plus en plus de patients qui, n'ayant plus accès aux soins, se présentaient aux urgences. Cela nous a incités, à la suite du décret Veil, en 1993, à ouvrir des consultations gratuites dans cinq hôpitaux de l'AP-HP. Une expérience que la loi contre l'exclusion a entérinée et généralisée avec les Permanences d'accès aux soins (PAS). Mais on voit bien que le problème de la précarité n'est pas près de se résorber

\* 13 (préface,§6,pXIV) : on connaît les rudes statistiques : un Français sur quatre renoncerait, parfois à se faire soigner. Des jeunes affluent dans la précarité et présentent des pathologies qu'on ne rencontrait plus depuis la fin du siècle précédent ; des tuberculoses en pleine rue, des grossesses non suivies au huitième mois.

\* 2 (§1-2p4) : Selon la dernière étude du CREDES sur la santé et la protection sociale de 1996, 48,8 % des chômeurs ont renoncé à des soins à cause de l'insuffisance des taux de remboursement, 52 % des chômeurs ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire. La précarité touche près de 7 millions de personnes ne disposant pas d'assurance complémentaire, 10 % de la population française vit sous le seuil de pauvreté (estimé à 3200 F par mois), 3 300 000 personnes bénéficient des minima sociaux (fin de droit, RMI, minimum vieillesse)...

\* 15 (§1,p9) : en l'absence de généralisation du tiers payant, un grand nombre de personnes en situation de fragilité socioéconomique n'ont pas les moyens de consulter auprès d'un généraliste.

\* 3 (§5,p154) : l'accès aux soins et au soignant est trop souvent freiné par le coût de la prestation et du traitement; sans parler des difficultés d'accès d'ordre socioculturel.

\* 5 (§1,p3) : - 53% des individus de moins de 50 ans ayant de faibles revenus n'ont pas consulté ☐ de  
médecin spécialiste au cours de l'année précédente contre 40% du reste de la population.

( DE SAINT POL TE, La santé des plus pauvres, *INSEE Première*, octobre 2007, n.1161)

- Les hommes allocataires du RMI ont 2,83 [IC = 2,76 ; 2,89] plus de risques d'être en non recours aux soins que les hommes définis comme non précaires.

( DAUPHINOT V., DUPRE C., GERBAUD L., GUEGUEN R., LABBE E., MOULIN J.J., SASS C., ☐ Inégalités de

santé et comportements: comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité. à une population de 516 607 personnes non précaires, France 1995-2002, *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 31 octobre 2005, n.43.)

-14,7% des personnes interrogées, habitant une zone urbaine sensible, ont déjà renoncé à des soins pour des raisons financières. Ce taux passe à 21% pour les femmes ☐étrangères.

(CHAUVIN P. BAZIN F., Santé et recours aux soins dans cinq zones urbaines sensibles d'Ile-de-France, in CHAUVIN P., PARIZOT I. (dir.), *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris : INSERM, 2005).

\* 3 (§6,p154) : Lors d'une enquête d'opinion 21,3% des personnes interrogées ont renoncé à certains soins parce que le remboursement en était trop limité, et 28,6% lorsqu'il s'agit de chômeurs .

\*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).

\*77 (§1,p2) : La grande pauvreté se traduit par une augmentation de la part des ménages dont les dépenses de logement sont supérieures à 40 % de leur revenu (8,4 % en 2010, contre 7,3 % en 2008) et une augmentation du renoncement aux soins pour raisons financières (15,4 % en 2008, contre 14,1 % en 2006), et ce malgré le rôle positif joué par le système de protection sociale qui réduit d'environ 50 % le taux de pauvreté.

\*78 (§3,p103) : dans le rapport du Haut Comité de la santé publique en 1998, en s'appuyant sur cette vision dynamique et longitudinale, on estimait à 12 ou 15 millions les personnes concernées, de près ou d'un peu plus loin, par la « précarité », soit 20 % à 25 % de la population totale (Hcsp, 1998).

## 2) Des priorités autres que la santé

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

\* 15 (§4,p10) : Contrairement à une idée reçue et fortement répandue, ces personnes, compte tenu de leurs charges quotidiennes (familiales, par exemple), de leur isolement et de leurs faibles ressources, ne trouvent pas le *temps* de consulter, reculant d'autant le recours indispensable aux soins.

\*3(§2-3,p153) : population défavorisée se caractérise par une accumulation de handicaps long terme: une instruction de faible niveau, un logement inadéquat ou absent, des revenus économiques bas qui permettent à peine d'assurer les besoins élémentaires et une précarité socio-culturelle . Les soins de santé ne sont pas une priorité pour cette population. Leurs faibles revenus sont d'abord consacrés au logement et à la nourriture puis seulement aux soins de santé, aux vêtements, à l'éducation, à la pratique d'un sport

\* 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

\*4 (§2,p25) : pour les personnes en situation de précarité, la maladie est une difficulté parmi d'autres, et la prise en compte de sa santé est souvent un sujet relégué derrière des préoccupations dans d'autres domaines (emploi, revenus, logement). Ce service constate que si le RMI a apporté un revenu, et la possibilité d'être assuré, si la CMU assure et garantit un panier de biens de soins (selon les termes de la Sécurité Sociale), cela ne suffit pas pour que les personnes se soignent, et/ou prennent en compte dans leur environnement, leur mode de vie, les éléments favorables à leur santé.

\*4(§4,p89) : prendre soin de soi devient pour les populations en situation de précarité une préoccupation reléguée après d'autres considérées plus urgentes : le travail, le logement, la



nourriture. Ainsi leur santé se dégrade et avec elle une dimension essentielle dont l'érosion n'est pas toujours visible : la perte de l'estime de soi entraînant le mal être.

*\*6 (§2,p19) : Comme le note Médecins du Monde dans son dernier rapport, « la santé n'est pas leur première préoccupation lorsqu'il faut trouver un endroit où dormir, où manger, où se laver. Souvent, les personnes sont amenées à consulter lorsque la douleur est intense ou que le problème de santé devient handicapant ».*

*\*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.*

*\*1 (§2,p86) : attitudes et les difficultés spécifiques des groupes précaires vis-à-vis de la santé : combat contre l'incertitude concernant les ressources ou le logement, expliquant le recours tardif aux soins et la fréquence des prises de risque pour la santé et des comportements défavorables (consommations abusives, violences ).*

*\*80 (§1, p91) : La situation actuelle et les expériences passées jouent le plus sur l'accès aux soins, mais la crainte du futur est aussi significative, ce que l'on peut interpréter en termes de comportements de précaution (j'anticipe les lendemains difficiles, donc j'économise aujourd'hui en évitant les soins onéreux et non directement utiles)*

**- Certaines priorités pouvant être remises en cause par les soignants**

*\*72 (ccl, p53) : Il y a là, il faut en être conscient, une dénégration 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**

*\*2 (§8,p14) : La principale aspiration des plus pauvres dans le domaine de la santé est de " pouvoir se soigner comme tout le monde, accéder au droit commun, au régime général des soins tels qu'ils se pratiquent dans notre pays ".*

*\*5 (§3,p8) : Reprenons la question financière par exemple. Même pour des personnes ayant un faible budget, cela n'était pas toujours ressenti comme un obstacle aux soins. De manière identique, les personnes sans complémentaire santé que nous avons rencontrées évoquent peu cette situation en terme de contrainte. Sur ce point, il s'agit d'un constat peu étudié dans les études portant sur le non-recours.*

*\*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.*

\*25 (§2,p21) : Part de revenu consacré à la couverture complémentaire : (Chiffres-clés [www.cnle.gouv.fr](http://www.cnle.gouv.fr))

La part de revenus que doivent consacrer les assurés pour l'acquisition d'une couverture complémentaire varie de 4.80% pour les ménages les plus aisés, contre 10% pour les ménages les plus pauvres. Plus les revenus sont faibles, et plus l'effort financier consenti pour l'acquisition d'une complémentaire santé est important.

De 0 à 799 Euros : 10.3%

De 800 à 1 099 Euros : 6.3%

De 1 100 à 1 399 euros : 4.80% (Source : IRDES)

\*37 (§3,p6) : On peut comprendre a priori pourquoi, lorsqu'on a des moyens financiers limités et qu'on porte une forte priorité à sa santé ou a contrario qu'on a une faible acceptation de la maladie, on se déclare plus fréquemment contraint à renoncer à des soins souhaités par manque de disponibilités financières.

### 3) La santé devient priorité si douleur

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

\*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.

\* 5 (§2,p10) : Les histoires de vie témoignent d'une continuité, que ce soit au niveau des suivis médicaux ou dentaires. La médecine y apparaît principalement mobilisée pour sa réponse curative (*quand j'avais mal aux dents*).

*Étais jeune, c'est*

\* 6 (§4,p17) : Les auteurs soulignent également la fréquence élevée (près de 5%) des consultations qui ont nécessité un transfert immédiat vers des urgences hospitalières en raison de la gravité de leur état (infections graves, décompensation cardiovasculaires ou hépatiques, etc.)

\* 6 (§4,p19) : « Le ratio hospitalisations - consultations externes [des personnes sans domicile] est plus élevé que dans la population générale, ce qui indique que non seulement ils sont plus malades mais également qu'ils ont tendance à consulter plus tardivement. De la même façon, ils se présentent davantage au service d'urgence qu'en bureau privé et reçoivent des traitements chirurgicaux en situation d'urgence plutôt que sur une base élective

\*36 (§1,p65) : Une étude complémentaire confirma que les enfants n'entraient le plus souvent en contact avec le système de soins que lorsqu'ils étaient malades.

\*38 (p.118) : Il y a aussi cette constante bien connue de la misère : plus on est dans la pauvreté moins on s'occupe de soi, de son corps. La pauvreté s'exprime par une moindre attention à sa santé (...) ainsi les gens qui entrent dans cette errance vers le néant attendent-elles le plus souvent la dernière limite pour se faire soigner. Ou même ne le font elles jamais, et seuls l'accident et l'écroulement dans l'abandon les conduisent-ils à l'hôpital. Au cours de ces cinq dernières années la fréquentation des urgences s'est accrue de 14%

\*53 (§2,p354) : Les personnes qui vont le plus mal ne demandent rien et restent invisibles pour le système de soins, au moins jusqu'à ce que leur pathologie devienne insupportable.

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

\*6 (§4-5,p42+§1 et 3,p43) : Les Urgences générales sont un des lieux les plus fréquents du premier contact des personnes sans chez soi avec le système de soins. Il existe au moins trois raisons qui expliquent cette particularité de l'accès aux soins. D'abord les personnes sans chez soi vont faire appel au système de soins plus tardivement que la population générale, quand les pathologies sont plus avancées et que la situation est plus grave. Elles ont rarement un médecin traitant et donc peu de possibilités d'être soignées en amont des Urgences. Elles sont d'ailleurs plus souvent que les autres amenées inconscientes à l'hôpital par les pompiers, et dans un état sanitaire sévère.

Paradoxalement, selon les auditions réalisées et les témoignages existant dans la littérature sur le sujet, elles sont moins bien accueillies et souvent moins bien examinées. L'accueil qui leur est réservé est souvent discriminant. Les hospitalisations sont plus rares même dans les cas où elles seraient pleinement justifiées. Quand les personnes sont hospitalisées, elles le sont très souvent dans des cas extrêmes.

(...)50% des hospitalisations se font en service de réanimation. À Marseille, un praticien hospitalier des Urgences que nous avons auditionné rapporte qu'une personne sans abri est passée régulièrement aux Urgences pendant plus de 2 ans avant qu'un soignant ne découvre une tumeur pulmonaire à un stade extrêmement avancée (elle avait littéralement traversé la paroi thoracique). Sur les dossiers médicaux des Urgences des personnes « SDF », l'absence de prise de tension et de température, l'absence d'examen somatique et la rareté des examens complémentaires, la mention lapidaire « problème social » pour tout compte-rendu clinique est symptomatique de l'accueil qui leur est réservé et de l'attention qui leur est portée.

Une enquête sur la mortalité des personnes sans abri menée à Marseille montre que les personnes décédées ont eu parfois jusqu'à 20 passages aux urgences dans les 6 derniers mois de leur vie sans qu'aucun diagnostic ne soit posé. Ainsi, une personne a été accompagnée aux Urgences par un médecin travaillant dans une équipe de rue, avec une anémie sévère (à 4 g/l) dans le cadre d'un sida. Cette personne était passée aux Urgences une vingtaine de fois en quelques semaines sans qu'aucun diagnostic n'ait été posé. Pourtant elle était connue par les services d'infectiologie et d'addictologie du même hôpital. C'est parce que le médecin de l'équipe de rue a insisté auprès de son confrère des urgences que des examens complémentaires seront enfin effectués permettant une hospitalisation en urgence en service infectieux. Inutile de préciser que ces cas de dysfonctionnement flagrant ne font pratiquement jamais l'objet de signalement auprès des Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge: de ce point de vue également, les personnes sans domicile sont traitées comme des « sous citoyens ».

\*6 (§4,p70) : Le nombre de personnes concernées par ces séjours aux urgences n'est probablement pas numériquement très important mais il est générateur pour les personnels d'un surcroît de travail, de surcoûts et comme il a été souligné plus haut d'un sentiment d'échec qui peut entraîner des effets de rejets et avoir des conséquences négatives sur la prise en charge.

\*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

\*32 (§2,p60) : des patients les plus précaires. Ceux-ci sont en outre « déstabilisants » : il ressort ainsi que face aux routines ou à l'organisation fragile des services (en termes de gestion des flux, de durée nécessaire à l'obtention des examens complémentaires, etc.) les patients précaires apparaissent aussi comme des patients exigeants en termes d'énergie des personnels (et en ce sens aussi « coûteux » en termes de conditions de travail), tant ils déstabilisent et poussent aux limites l'efficacité de l'organisation et de ses nécessaires routines.

\* 53 (§7, pS355) : C'est sans doute que les inégalités de santé qui concernent avant tout les enfants contredisent l'idée qui fait aujourd'hui curieusement consensus que chacun est maître de son destin. On retrouve en effet aussi bien dans le domaine de la santé que celui du social une survalorisation de la responsabilité individuelle qui conduit à distinguer les « mauvais pauvres » qui prendraient volontairement des risques dont ils feraient supporter la charge à la collectivité et les « bons pauvres » qui feraient les efforts que cette même collectivité attend d'eux.

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

\*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.

\*31 (§3-6, p13) : Globalement, si on compare la durée de séjour des patients précaires à la durée de séjour des patients non-précaires de la base de données, la première est plus élevée de 61,05%. En effet, la durée moyenne de séjour des précaires de la base est égale à 9,47 jours tandis que celle des non précaires de la base de données est égale à 5,88 jours soit une différence de 3,59 jours. (...) La variation des durées de séjours entre précaires et non-précaires est alors de 17,45%. Cette analyse tend à montrer qu'on obtient une variation de la DMS uniquement parce que les précaires ne sont pas dans les mêmes GHM que les non-précaires. Autrement dit, les pathologies qui caractérisent la population des précaires nécessitent des soins de plus longue durée.

\*32 (§3,p7) : la situation de « précarité » des patients pris en charge est un facteur souvent évoqué pour expliquer les écarts de coûts de prise en charge (et donc de façon corollaire au niveau des tarifs)

\*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**

\*6 (§3-4,p66) : Les contraintes qui pèsent sur leur quotidien les obligent à développer des capacités de « survie » pour les actes essentiels tels que manger, se laver, dormir. Tout ce qui n'est pas dans les priorités vitales risque donc d'être relégué au deuxième plan. Si des contraintes nouvelles surgissent telles que des freins financiers, ils renoncent aux soins et n'y accèdent plus qu'en urgence, via les urgences hospitalières, dans des états de santé aggravés. A l'inverse, tout ce qui va développer l'accompagnement et le lien va permettre une inscription de la personne dans une temporalité autre que celle de l'urgence et l'inscription dans une stratégie de soin. On pourra ainsi mettre en place un suivi du soin, des démarches de prévention et réduire les recours itératifs aux urgences.

\* 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 tabler 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.

En admettant que l'accessibilité financière au service dispensateur de soins soit assurée (mutuelle en ordre? recours au CPAS? Le tiers-payant n'est pas accepté partout), il faut encore pouvoir se payer les médicaments. Et les examens complémentaires attendront, ainsi que la visite chez le spécialiste. Un suivi régulier, des contrôles adéquats deviennent aléatoires. Il faut en comprendre la pertinence, s'organiser à l'avance (difficile pour quelqu'un dont le souci majeur est de survivre au jour le jour), les financer

\*23 (§3,p226) : En milieux défavorisés, la morbidité et la mortalité sont plus élevées que dans le reste de la population . Les comportements à risque sont aussi plus fréquents. Parallèlement, l'accès aux soins y est moindre et la lacune dans la couverture préventive est encore plus grande qu'ailleurs . Il ressort de ces données que les plus défavorisés sont, ou devraient être, une population cible en prévention

\*23 (tableau 3,p233) : Les obstacles à la prévention en médecine générale.

Pas de demande des patients

Médecin mal à l'aise pour proposer de la prévention

Peur de casser la relation, « le patient n'aime pas parler du cancer »

Communication soignant-soigné (pas de formation du MG)

Doute du médecin quant à sa propre efficacité, ses compétences

Déception, lassitude, doute quant à l'efficacité de la prévention

Coûts (examen, traitements)

Culture (autres repères, autres valeurs, fatalité devant la maladie

Non-sens de la prévention, vu les innombrables difficultés quotidiennes

Messages inadéquats, inutilité des supports écrits

L'urgence dans laquelle fonctionnent les patients

Priorité de la prévention sociale, de la revalorisation

Prévention ponctuelle : OK, mais pas à long terme

« Impossibles à modifier » : alimentation, tabac, alcool

Crainte que le patient n'ait pas la possibilité de gérer sa maladie

\*78 (§2,p108) : Mais une partie de cette moins bonne gestion de la santé relève aussi en amont de l'inefficacité des dispositifs de prévention à sensibiliser l'ensemble des publics concernés par tel ou tel problème ; la campagne en faveur des bilans bucco-dentaires gratuits auprès des 15-18 ans a ainsi amené dans les centres d'examen des jeunes qui avaient déjà consulté ailleurs parmi les personnes en situation difficile, ne touchant pas ceux qui ne recourent jamais aux soins (Banchereau *et al.*, 2002).

#### 4)Coût des soins, dépassements d'honoraires : limitation pour les patients

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

\* 5 (§2,p8) : le non-recours renvoie davantage à l'accès aux soins, et à ses difficultés.

Celui-ci est donc vécu par les populations concernées sous un angle problématique. A titre d'exemple, le renoncement aux soins prend toute sa valeur dans le sens où il met en lumière une frustration à ne pas pouvoir se soigner pour des motifs financiers, bien que le besoin soit ressenti et que la démarche ait été à un moment envisagée. Les personnes rencontrées expriment alors l'envie de voir cette situation réglée, étant dans l'attente de réponses – qui trouveraient légitimité à leurs yeux – quand elles n'ont pas déjà baissé les bras. Ces freins matériels et symboliques participent en effet à la reproduction, ou tout du moins au maintien, des situations de non-recours puisqu'ils entraînent dans certains cas des replis vis-à-vis d'une offre de santé jugée inaccessible, inadaptée.

\* 15 (§1,p3) : les responsables des urgences, confrontés à l'afflux de personnes en situation de précarité, se sont attelés à prendre en compte des demandes qui ne relèvent que rarement de réelles urgences médicochirurgicales: les urgences restent encore très souvent la seule voie d'accès à l'hôpital pour celui qui n'en connaît pas le fonctionnement ou qui, faute de ressources ou de droits effectifs, ne passe pas par le filtre fonctionnel de la médecine de ville.

\* 15 (§1-2,p9) : un grand nombre de personnes en situation de fragilité socioéconomique n'ont pas les moyens de consulter auprès d'un généraliste. Quand ils s'adressent à l'hôpital, la seule voie d'accès est souvent constituée par le service des urgences qui n'est ni organisé ni adapté pour l'accueil et le suivi du « tout venant ».

\* 6 (§5,p60,§1p61) : Le droit à la couverture maladie universelle n'est pas effectif pour tous puisqu'il laisse les personnes sans papier hors du dispositif  
*-Il existe des refus de soin de la part des prestataires au regard du type de couverture sociale comme l'ont montré les enquêtes de MdM et du fond CMU*  
*-Des inégalités territoriales d'accès aux soins sont importantes du fait de nombreux spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires (secteur 2)*

\* 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.

\* 13 (§3,p39) : La décision de consulter ou non un médecin dépend effectivement des possibilités de recours, à la fois financières, géographiques, et matérielles. Or de manière générale, les structures sanitaires ne sont pas accessibles à tous de la même manière. Par ailleurs, les circuits d'accès, l'orientation des patients par les professionnels, ainsi que la distance sociale et l'image des centres médicaux conduisent à des phénomènes de dissuasion symbolique qui tendent à éloigner certains types de clientèle de certaines structures. Parfois même la dissuasion dépasse le stade du symbolique...

#### **- Ce qui amène à des pans entiers négligés**

\* 5 (§1,p2) : le renoncement aux soins : ne pas avoir réalisé les soins qu'une personne envisageait d'entreprendre et que son état de santé le lui demandait. Le renoncement aux soins dentaires et optiques pour raisons financières est l'un des indicateurs de suivis retenus pour la loi de 2004 relative à la politique de santé publique, concernant plus précisément l'objectif portant sur l'accès aux soins.

\* 16 (§2,p1847) : En 2004, 13 % des Français déclaraient avoir renoncé à des soins essentiellement pour des raisons financières et, dans 20 % des cas, ce renoncement était définitif . Les renoncements portent principalement sur les soins pour lesquels le reste à charge des assurés est le plus important :

49 % concernent la santé bucco-dentaire. (...)L'absence de complémentaire santé reste le principal facteur de renoncement.

\*16(§2,p1850) : CHU de Nantes, a permis de montrer que l'accès aux soins dentaires relevait essentiellement de difficultés financières

\*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

\*13(§4,p52) : Si l'on croise la protection maladie et le milieu social, les effets se cumulent et on voit apparaître le continuum social évoqué précédemment, le recours au spécialiste passant de 0.26 séance par mois pour une personne appartenant à un ménage de cadres et protégée par une couverture complémentaire à 0.06 séances, soit quatre fois et demie moins, pour une personne appartenant à un ménage d'ouvriers non qualifiés et ne bénéficiant ni d'une couverture complémentaire, ni de l'Aide médicale. Notons que les recours au généraliste sont aussi plus fréquents pour les plus favorisés, bien que dans des proportions nettement moins importantes.

Un plus faible recours au spécialiste ou au dentiste peut traduire l'absence de perception d'un besoin ou le manque d'informations sur les recours ou traitements possibles, mais ce peut être aussi un renoncement, ou un report dans le temps, pour des raisons financières : taux de remboursement trop faible, difficulté à faire l'avance des frais...Ainsi en 1994-1995, sur 6701 adultes enquêtés, 14.5 % déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Tous les types de soins sont mentionnés. Viennent en premier lieu les prothèses et soins dentaires, puis les lunettes, les soins de médecin et examens complémentaires

\*78 (§2,p108) : les enfants des ménages pauvres ont une dépense en soins de kinésithérapie deux fois plus faible que celle des enfants de ménages plus aisés (Dumesnil *et al.*, 2003); ce défaut de recours à la rééducation pourrait illustrer cette moindre prise en charge des maladies et accidents et de leurs conséquences. On trouve aussi une illustration de ces mécanismes avec les problèmes de vue : les études montrent généralement que les plus défavorisés ont des problèmes de vue équivalents à ceux du reste de la population, mais qu'ils sont moins souvent connus et moins souvent corrigés (Dumesnil *et al.*, 2003 ; Guignon *et al.*, 2002 ; Firdion *et al.*, 1998 ; de La Rochère, 2003). Ces problèmes de gestion de la santé s'illustrent aussi dans le domaine de la santé bucco-dentaire : les études montrent à la fois des problèmes plus fréquents parmi les personnes défavorisées du fait d'une plus grande exposition aux risques (mauvaise alimentation, violence et traumatismes) et une moins bonne gestion de ces problèmes après leur survenue (moins de dépenses engagées pour des prothèses...)

**- 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) : 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

*\*5 (§2,p7+§1,p8) : Les difficultés financières sont particulièrement revenues pour l'ensemble des variables définissant le non-recours. En prenant le simple exemple de l'absence de mutuelle, ces difficultés ont rappelé les conséquences de la mise sous conditions de ressources des prestations sociales sur le non-recours au dispositif de la CMU-C, pour les personnes exposées à l'effet de seuil. Ce jeune, resté longtemps sans complémentaire santé, en témoigne ainsi : ~~Je~~ *sais pas comment les gens ils font, personnellement je vis seul, j'ai toutes les charges et voilà. seul... après les gens je sais pas comment ils font mais voilà... Il faudrait peut-être remonter [le seuil de la CMU], parce qu'il y a des gens entre les deux, parce qu'à un moment j'étais pas assez pauvre pour la CMU et en même temps j'étais pas assez riche pour pouvoir me payer une mutuelle. .**

**- 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) : Pour augmenter l'activité, la tendance du corps médical est à la diminution de la DMS, même en dessous de ce que ne prévoit l'ENC, y compris pour les patients ayant des handicaps sociaux. D'ailleurs les médecins disposent-ils d'éléments objectifs qui leur permettraient de classer, cataloguer les patients en tant que handicapé sociaux ? Compte tenu de la multifactorialité du handicap social, l'appréciation objective de ce handicap par le médecin est difficile. Il ne peut donc y avoir une incidence directe sur la DMS. Le patient handicapé social semble donc être traité comme un patient « normal » et uniquement considéré au regard de sa maladie. La réduction des DMS, du temps de travail et l'intensification des activités poussent à se consacrer en priorité aux actes techniques. Par conséquent, si les patients handicapés ne restent qu'un jour et demi de plus en moyenne, c'est que cela peut être dû au temps nécessaire pour leur trouver un lieu de sortie approprié à leurs conditions sociales ( logement insalubre ou inexistant..etc) Nous pouvons arguer que la mise en œuvre de la T2A change les processus de prise en charge au sein des établissements publics de santé : la DMS est plus proche de celle de l'ENC au détriment d'une identification et d'une prise en charge des handicaps sociaux.*

*\* 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 ?*

*\*18 (§6,p53) : Il n'est pas prévu que le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) puisse financièrement prendre en considération la dimension sociale de l'usager malade et permettre ainsi la détermination d'un budget discrétionnaire nécessaire à la réponse à ces besoins spécifiques. C'est dire qu'à priori, aucune disposition financière n'est prévue pour continuer de prendre en charge ces catégories de patients supposées être de plus gros consommateurs de soins, puisque leurs besoins, exprimés en allongement de la durée du séjour, apparaissent plus importants*



que ceux des patients non précaires. Prendre en compte l'éventuel surcote associé à la précarité ou au handicap social nécessite au préalable d'identifier dans l'établissement chaque patient précaire, et le cas échéant, le supplément de besoins que sa pathologie (parfois multiples) nécessite.

## 5) Pratique libérale, intérêt financier des patients

**- 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) : L'article 37 rappelle le tact et la mesure et la nécessité de tenir compte de la situation économique du patient (article 53 du code de déontologie).

\*13 (§2,p261) : Une première enquête, effectuée en 1991 dans le département de Val de Marne auprès de médecins généralistes et d'institutions ayant à intervenir dans l'action sanitaire et sociale, fait apparaître un certain nombre de besoins concernant : (...)

-le manque de disponibilité horaire ou financière pour les médecins libéraux rémunérés à l'acte

\*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.

Autrefois notable de référence incarnant l'humanisme, l'altruisme et la sagesse, le médecin tend à devenir un « producteur utile », soumis à la concurrence de l'offre et la demande.. dans ces conditions il affronte le risque de l'échec économique. C'est une réalité marchande que vivent désormais quantité de jeunes médecins généralistes des villes. Entraînés à un activisme de rendement, ils y perdent en identité comme en légitimité. En même temps, leur éventuelle aisance financière devient suspecte parce que apparemment moins établie sur une responsabilité, un savoir et un échange, que sur une productivité. Dans certains cas, le médecin apparaît non seulement comme peu garant des valeurs d'humanité et de compassion traditionnellement liée à la médecine, mais comme l'outil d'un mercantilisme pharmaco-médical qui exploite la souffrance et la détresse au détriment de la société et de l'individu

\*49 (§3,p596) : Surtout, compte tenu des asymétries d'information prévalant dans le domaine de la santé, et qui concernent notamment la relation médecin-patient (Chambaretaud et Hartmann, 2004), l'efficacité de la régulation implique une responsabilisation financière qui inclut aussi et surtout les professionnels de santé. Or, la récente réforme de l'assurance maladie n'a pas aménagé, dans le cas de la médecine de ville, un mode de paiement à l'acte par nature inflationniste, supprimant même, pour le médecin traitant, la part de rémunération forfaitaire associée antérieurement au système du médecin référent (à l'exception du suivi des patients en affection de longue durée). Elle incite par ailleurs les médecins spécialistes à accueillir des patients « hors parcours de soins », en les autorisant dans ce cas à pratiquer des dépassements. La régulation du système risque donc, si le discours sur la maîtrise médicalisée n'est pas assorti d'incitations économiques pertinentes et, en matière de prescriptions, d'un mode de contractualisation plus ferme, d'en rester à une « impasse » (Geoffard, 2004), en faisant peser sur les patients, d'une façon qui n'est ni juste ni efficace, une part croissante des ajustements.

\*82 (§3,p149) : Le développement de nouvelles formes de coopération ou de co-professionnalité, partiellement présentées, constitue d'autres voies de transformations. Elles conduisent aussi à des rénovations par « une approche structurelle, qui repose sur la production d'un nouveau cadre de référence professionnel ». En particulier, de nouvelles conditions de rémunération sont envisagées dans ces évolutions, « qui laissent une place à d'autres éléments que le paiement à l'acte », par exemple

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

\*2 (§2-3,p14) : Il est cependant, évident que les médecins ne peuvent vivre d'actes gratuits eu égard aux contraintes financières incompressibles et conséquentes qui leur incombent dans le contexte actuel. Néanmoins, c'est souvent qu'ils mettent à la disposition des plus démunis leur temps et leur compétence spontanément sans pour autant attendre une contrepartie financière et savent apprécier le statut socio-économique d'un malade en agissant en conséquence. Dans ce cadre il appartient au médecin de penser à décrypter la précarité dans les cas limites qui ne sont pas toujours évidents en sachant que la misère n'est pas toujours dans la rue mais parfois plus difficile à détecter à l'intérieur des maisons

\*81 (§6,p3) : une partie des personnes interrogées faisait état de difficultés dans les relations avec les professionnels de santé. Près d'un bénéficiaire sur 5 [de la CMU] éprouvait une gêne à indiquer sa qualité de bénéficiaire, et 14% avait l'impression de ne pas être aussi bien traités que les autres patients

\*81 (§6,p11) : Ponctuellement, ils [les bénéficiaires de la CMU] ont parfois rencontré quelques ennuis, mais c'est surtout l'appréhension d'être mal reçu qui génère des difficultés : « Chez l'orthodontiste, où mon fils était traité (...) lorsque j'ai présenté ma carte... d'ailleurs je ne l'ai pas présenté. J'ai payé...J'avais honte »

\*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**

\*13 (§2-3-4,p226) : La déontologie impose une grande qualité d'accueil : il s'agit d'une obligation de garantir l'égal accès de tous aux soins, sans aucune discrimination. Le code Déontologie médicale précise ainsi, dans son article 7, que le « médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »

Mesurons bien la portée de chacun de ces mots et prenons le temps de les méditer ! C'est au nom de cette responsabilité à l'égard d'autrui que doit être vécue la déontologie de l'accueil, avec la même

allergie au refus de soigner, au refus de la prise en charge du souffrant. Cette éthique du service public doit être rappelée avec force. Elle est fierté de tout hospitalier.

La loi de son côté, impose une telle orientation. Le code de la Santé dispose que les établissements publics ou privés « garantissent l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services. Ils doivent être en mesure de les accueillir de jour et de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement...Ils dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, à l'issue de leur admission ou de leur hébergement. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins. »

(...)Le point de vue de l'hospitalier doit donc être sans ambiguïté. Il s'agit de combattre les comportements inacceptables au sens propre du terme, comme le refus de certaines urgences ou le transfert vers un autre hôpital d'un malade susceptible de générer un impayé, ou encore le refus d'accueillir un tel malade en provenance d'unités de soins desquelles son état ne relève plus, ou dont la situation administrative n'a pu être complètement éclaircie.

\*13 (§2,p263) : Enfin, face aux difficultés sociales, près d'un praticien sur quatre utilise comme réponse la sélection de sa clientèle, 93% de ceux qui refusent de prendre en charge certaines pathologies précisent qu'il s'agit des « toxicomanes ».

\*6 (astérisque 6, 61) : Les praticiens conventionnés en secteur 2 ne peuvent pas demander de dépassement aux patients bénéficiant de la CMU complémentaire, sauf en cas d'exigence particulière de ces derniers. Ils doivent également appliquer le tiers payant intégral et l'Assurance maladie leur verse directement le montant de leurs honoraires au tarif opposable (base de remboursement de l'Assurance maladie). Concernant les prothèses dentaires, les dentistes sont dans l'obligation de rester dans les limites du forfait.

\*6 (§3,p61+§1-2,p62) : Depuis 2005, l'objectivation de la fréquence des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C a fait l'objet de plusieurs enquêtes : Elle conclue à un taux de refus élevé pour les médecins spécialistes (41%) comme pour les dentistes (39,1%). Celui des médecins généralistes est de 4,8 % (1,6% pour les généralistes du secteur 1 et 16,7% pour ceux du secteur 2).

-Fin 2005, Médecins du Monde réalise une enquête de testing auprès de 725 médecins généralistes dans 10 villes de France et conclue que 10% des médecins testés refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU.

-En janvier 2009, une seconde enquête diligentée par le Fonds CMU, réalisée par testing à Paris, observe des taux de refus de 32% pour les dentistes, 19% pour les généralistes (9% en secteur 1 et 33% en secteur 2), 31% pour les ophtalmologues,38% pour les gynécologues (17% en secteur 1 et 40% en secteur 2)... et « seulement » 5% en radiologie. 9

-En février 2009, un sondage LH2/CISS indique que les refus de soins touchent essentiellement les personnes aux revenus les plus faibles et que plus de 60% des personnes qui se sont vus opposer un refus de soins sont bénéficiaires de la Couverture maladie universelle.

-En mai 2009, une nouvelle enquête de *testing* réalisée par le CISS, la FNATH et l'UNAF10 auprès des spécialistes de secteur 2 dans plusieurs villes de France montre que 22% d'entre eux refusent les soins aux bénéficiaires de la CMU-C (jusqu'à 50% à Paris) : notamment 16% des ophtalmologistes ou des dermatologues et 41% des psychiatres.

Dès 2006, La Halde a confirmé le caractère discriminatoire des refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C et établi 13 excellentes recommandations pour lutter contre cette pratique; des recommandations qui n'ont pas toutes été suivies d'effets.

\*25 (§1,p25) : Un quart des médecins parisiens refusent de soigner les patients qui bénéficient de la CMU-C

Les médecins parisiens se plaignent d'une procédure administrative trop lourde en matière de remboursement de soins des plus démunis, notamment dans le cadre de la CMU-C. Soit, il semblerait néanmoins que leur principale motivation reste financière. Une étude effectuée par l'IRDES en 2008 sur le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C à Paris, réalisée par testing auprès d'un échantillon représentatif de professionnels de santé parisiens (généralistes et spécialistes) a souligné que plus du quart des professionnels de santé de la capitale (25.5%) opposaient un refus aux patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire. Principale raison invoquée par les professionnels de santé interrogés : l'impossibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires avec ces patients ! Le rapport conclut que la raison du refus de soins est avant tout financière, et réside dans l'incapacité des bénéficiaires de la CMU-C à payer des dépassements d'honoraires ou des prothèses dentaires. Hors à Paris, comme nous l'avons vu précédemment, plus de 58% des praticiens pratiquent les honoraires libres et demandent des dépassements d'honoraires.

\*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**

\*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 (§1-2,p46) : Ceci est particulièrement flagrant sur la pratique du tiers-payant. Cette dernière dispense les assurés sociaux de l'avance financière nécessaire pour obtenir leur traitement. Très exposés à la perte ou au vol, de leurs papiers, justificatifs, il est souvent difficile pour les personnes sans-abri de faire la preuve de leur affiliation à un régime de sécurité sociale. Il est toutefois possible de vérifier ces informations par le réseau internet de l'assurance maladie, uniquement avec le numéro de sécurité sociale de la personne et la preuve de son identité. Le personnel des pharmacies d'officine en charge de la délivrance des ordonnances est responsable du recouvrement des frais avancés par le mécanisme de tiers-payant. L'absence de documents formels ou de dispositifs sécurisés comme la carte vitale peut constituer pour eux un risque potentiel de litige avec les caisses d'assurances maladies qu'ils écarteront en demandant à la personne de s'acquitter de l'avance des frais. Ceci est bien entendu impossible pour les personnes sans-abri.

\*81 (§1-2,p12) : la CMU semble plutôt faciliter les relations avec les professionnels de santé, et parce qu'il n'est plus question d'argent la relation est plus simple : « Quand je dis que je suis à la CMU, avec les médecins on a l'impression qu'ils sont quand même soulagés. Ils sont sûrs qu'ils vont être payés (...)Y'a pas de papiers, y'a pas de ci, y'a pas de ça... »

#### 6) Santé : budget, parcours difficile

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

\*5 (§3,p2) : L'absence de couverture complémentaire, le non-recours aux dispositifs tels que la CMU-C sont de plus en plus observés et pris en compte. Est ainsi relevé le fait que, dans un contexte de généralisation de la complémentaire santé au cours de ces dernières décennies, une part de la population française n'est pas couverte. Cela complète les variables construites par les professionnels de santé. En effet, plusieurs études ont démontré que le niveau de recours aux soins et le niveau de protection complémentaire en matière de santé sont fortement corrélés, les situations de non-recours s'observant davantage chez les personnes ne disposant pas de complémentaire santé.

\*13 (§2,p259) : Le contexte économique fragilise tous les jours une partie de plus en plus importante de la population et le risque de marginalisation et d'exclusion est important pour une population encore en possession de tous ses droits, mais avec des revenus à peine supérieurs aux seuils permettant d'avoir accès à des aides financières ou sociales et à un accompagnement par les équipes de travailleurs sociaux.

\* 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.

\*22 (§1p229) : Pour certains groupes sociaux, précaires notamment, les SAU constituent la principale voie d'accès aux soins. Pour ces derniers, la charge financière directe induite par certains soins ou l'avance de frais peuvent constituer des obstacles à l'accès aux soins. Le renoncement à des consommations de soins pour motifs financiers est d'autant plus fort que le revenu disponible du ménage est faible et que ce dernier ne dispose pas de couverture maladie complémentaire. La création de la couverture maladie universelle (CMU) en janvier 2000 visait justement à réduire les difficultés d'accès liées à l'absence de couverture principale ou complémentaire chez les individus disposant des revenus les plus faibles.

\*25 (§2, p20) : Force est de constater que l'accès aux soins varie avec la hiérarchie sociale. De nombreux parisiens sont dépourvus d'assurance complémentaire faute de ressources financières suffisantes et ne peuvent de ce fait bénéficier de soins complets. Ce phénomène touche les personnes qui bénéficient de la CMU-C, de l'Aide Complémentaire Santé, ainsi que la majorité des salariés à bas salaires qui ne peuvent contracter une assurance complémentaire et qui se retrouvent démunis lorsque la maladie survient. A Paris fin 2008, les bénéficiaires de la CMU-C représentaient 7,9% de la population parisienne, contre 5,8% en Ile de France, les jeunes sont une fois de plus particulièrement touchés, avec près d'un jeune francilien de moins de vingt ans sur dix (8,90%) qui bénéficie de la CMUC en 2008.

\*38 (p.119) : s'ils possèdent encore un logement et même une « couverture sociale », ils ne détiennent ni l'information pour s'en servir correctement ni les moyens réels d'acquitter les avances de frais médicaux ou de supporter la part des soins non remboursés par l'assurance sociale. Ayant des ressources minimales, mais juste au-dessus du plafond donnant droit à une aide gratuite, ils se retrouvent dans la mécanique redoutable « d'exclus de l'exclusion » ! Certains aussi qui pourraient

avoir droit à l'aide médicale gratuite la refusent par dignité, parce que ce serait admettre le franchissement des limites de la « normalité social ». Ainsi la plupart du temps ces malades ne se décident à consulter que dans l'urgence et quand la souffrance leur impose d'agir. Et dans ces cas les plus fréquents, c'est alors à l'hôpital qu'ils s'adressent, pas au généraliste ni au spécialiste

\*49 (§3,p595) : Certes, si l'on se réfère aux mesures adoptées ces dernières années, les déremboursements des médicaments à faible service médical rendu, la limitation du tiers payant aux seuls médicaments génériques, et la modulation des remboursements en fonction du respect de « parcours de soins » traduisent la recherche d'une « modulation fine » que l'analyse économique appelle de ses vœux (Drèze, 1997). *A contrario*, la hausse du forfait journalier hospitalier, l'introduction d'une contribution forfaitaire de 18 € sur les actes lourds, la participation forfaitaire de 1 € par consultation et, sur un autre plan, l'extension non maîtrisée des dépassements tarifaires (IGAS, 2007) et les effets de seuil liés à la CMU ne s'inscrivent guère dans cette logique. Surtout, les restes à charge peuvent représenter des sommes très élevées pour les patients conduits à d'importantes consommations de soins (même dans le cadre des ALD)

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

\*14 (§1,p5) : le parcours de soin comme le parcours patient demeurent semés d'embûches, les personnes en situation de précarité restent confrontées à de nombreuses difficultés. Celles-ci conduisent alors le directeur de soins à formuler des propositions pour améliorer la fluidité du parcours de soin des personnes vulnérables

\*21 (§1,p55) : Cette approche de l'homme dans sa totalité, comme le généraliste en a l'expérience, permet en outre de limiter et peser au mieux les indications d'examen complémentaires et de traitement. La décision d'orienter au besoin vers le ou les spécialistes concernés n'en est que mieux adaptée à leur situation et à leurs besoins.

\*36 (§3,p66) : En matière de santé bucco-dentaire, les mêmes groupes socialement défavorisés chez lesquels l'incidence de la carie ne diminue pas sont ceux pour lesquels une démarche de soins relève du parcours d'obstacles. Parcours que la plupart vont abandonner en cours de route si une démarche spécifique d'accompagnement ne leur est pas proposée (Azogui-Levy *et al.*, 2003)

\*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 (§1,p55) : Cela permet aussi d'instaurer une relation de confiance. Cette approche de l'homme dans sa totalité, comme le généraliste en a l'expérience, permet en outre de limiter et de peser au mieux les indications d'examen complémentaires et de traitement. La décision d'orienter au besoin vers le ou les spécialistes concernés n'en est que mieux adaptée à leurs situations et à leurs besoins.

## 7) Politique de santé

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

\*4 (§1-2,p13) : La loi du 1er Décembre 1988 crée le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) qui pose comme postulat général : le droit de l'individu à un revenu minimum de survie. Son attribution ouvre droit à l'assurance personnelle, dont la cotisation est supportée par l'aide médicale. Celle-ci, à l'initiative des départements et des caisses d'assurance maladie sera réformée en 1992 pour en faciliter l'accès, en liaison avec le développement des cartes-santé. On croyait avoir trouvé une réponse dans l'accès aux soins. C'était oublier la complexité de l'affiliation, l'obstacle de l'avance des frais, le poids du ticket modérateur

\*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.119-120) : En principe et du point de vue de la loi, il semblerait donc que l'accès aux soins soit possible pour tous. La réalité est beaucoup moins satisfaisante. Pour des raisons administratives, lenteurs et complexités, pour des raisons psychologiques et matérielles évoquées plus haut, les médecins, sur le front de cette urgence nouvelle, peuvent partout constater que la situation se dégrade...

\*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**

\*2 (§1-2,p9) : En principe l'assurance maladie obligatoire a pour but de réduire les inégalités sociales dont les causes sont multiples : culturelles, familiales, financières, voire géographiques. Entre 1976 et 1996 le nombre de personnes n'ayant pas la possibilité d'accéder à l'assurance maladie a diminué, passant de 2,5 % à moins de 1 % de la population (actuellement 0,3 %). Cependant, le niveau de la couverture a notablement diminué du fait des mesures qui ont été prises, qu'il s'agisse de l'instauration du ticket modérateur, l'instauration du forfait hospitalier, la création d'un secteur à honoraires libres, les remboursements insuffisants en chirurgie dentaire, et dans le domaine de l'optique.

Pour pallier cet état de choses, la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a été adoptée, stipulant en son article 1er : *" la lutte contre les exclusions est un impératif national fondé sur le respect de la dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation "*.

\*22 (ccl,p234) : Une partie des recours aux urgences recensés par cette étude et qualifiés d'évitables révèle les difficultés des politiques sociales de lutte contre l'exclusion sociale , comme la CMU, à lever totalement les barrières financières d'accès aux soins, en particulier auprès des populations se trouvant à la limite du bénéfice de minima sociaux. Ce phénomène renseigne sur les modalités de l'accès aux soins par les différents types de population recourant au service d'urgences et sur leur mode de consommation de soins.

En outre, si l'extension des dispositifs d'assurance maladie à toute la population (CMU de base) semble contribuer à la réduction de la fracture sanitaire, au moins en terme de consommations de soins, entre les ménages les plus démunis et la moyenne de la population, elle paraît alimenter des effets non souhaités de l'éviction d'une partie de la population qui ne dispose pas de la CMU et qui, si elle relève du régime ordinaire de l'assurance maladie, peut être suspectée de ne disposer d'aucune forme de couverture complémentaire .Pour ces populations, la question de l'extension du

bénéfice de la CMU complémentaire peut être étudiée afin d'éviter le saut de consommation relevé dans cette étude et évoqué dans d'autres.

**\*23 (article)** : Le projet de budget 2011 de la sécurité sociale, examiné par les députés depuis mardi 26 octobre, ne réserve pas que des mauvaises nouvelles aux assurés sociaux. Certes, ils seront touchés notamment par la baisse du taux de remboursement des médicaments à vignette bleue, mais le gouvernement prévoit aussi le relèvement du plafond d'attribution de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

(...) Cette aide se présente sous forme d'un chèque à utiliser auprès de l'organisme que le particulier doit choisir lui-même, contrairement au bénéficiaire de la CMU –complémentaire (CMU-c), qui n'a pas à faire de démarche.

L'ACS concerne un public lui aussi précaire, dont les revenus se situent jusqu'à 20% au-dessus du plafond de la CMU-C, soit 761 euros pour une personne seule. Ce taux devrait être relevé à 26% en 2011 ( 799 euros), puis à 30% en 2012 (839 euros).

« Pour moi choisir une mutuelle parmi plusieurs, ce n'est pas impossible, mais pour des gens déjà perdus, c'est très compliqué », souligne Marie Hélène Boutet Aso, Assistante sociale à Médecins du Monde à Bordeaux. Elle rappelle que le public concerné ne maîtrise pas toujours bien le français ou la lecture, et n'a pas forcément de carte bancaire ou de chéquier pour s'acquitter de sa cotisation.

(...) Alors qu'environ 2 millions de Français sont potentiellement concernés, seuls 20 % d'entre eux ont franchi le cap.

(...)Le frein est d'abord d'ordre financier. L'ACS s'élève en moyenne à 375 euros, les frais restant à la charge de l'assuré sont évalués à quelques 389 euros. Une somme dont tous ne peuvent s'acquitter. Certains préfèrent renoncer. D'autres optent pour des contrats aux garanties limitées. « Mon fils aurait clairement besoin d'une couverture plus solide pour les soins courants ou les prothèses dentaires », souligne Claude Brouquère, père d'un adulte atteint d'une maladie psychique. Son fils touche l'allocation pour adulte handicapé, soit 712 euros par mois. Il perçoit un chèque de 200 euros d'ACS, mais doit encore déboursier 40 euros par mois de cotisation.

Selon le Fonds CMU, les utilisateurs de l'ACS choisissent à 37.9% des contrats « entrée de gamme », soit nettement plus que la moyenne. Ils n'ont souvent pas droit à la prise en charge des dépassements d'honoraires, alors que, contrairement aux ayants droits de la CMU-C, ils ne bénéficient pas de tarif plafonné chez les spécialistes.

**\*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.

**\*5 (§3,p4)** : même si la CMU a amené ☒ un rattrapage de  
recours aux soins généralistes et aux soins spécialisés restent socialement distribués. De même, le niveau de complémentaire demeure fortement dépendant du niveau de revenu. En matière de santé, le constat est le même puisque l'état de santé ☒ (aussi bien sur  
mesure que nous descendons dans la hiérarchie sociale, tout au long d'un continuum.

**\*22 (§3,p233)** : La CMU complémentaire, dont le bénéfice est possible pour des Ruc inférieurs à 533 euros mensuels environ en 2000 (566.5 euros en 2003) en fait partie. Dans cette étude les individus se situant juste au-dessus de la limite supérieure de revenus permettant d'en bénéficier (Ruc entre 539 et 761 euros) consomment significativement moins de soins que la moyenne de la population, mais également moins qu'une partie des bénéficiaires de la CMU. C'est aussi dans cette classe de Ruc que le recours aux urgences évitables sont les plus fréquents . la motivation de tels recours repose peut être sur le contournement des barrières financières liées à certains type de consommation de



soins de ville pour lesquels les SAU constituent un substitut sans avance immédiate de frais, pouvant le faire passer, aux yeux de ces usagers, pour un service gratuit.

Ce qu'apporte l'article : (...)

Il met en évidence, aux côtés de l'effet de rattrapage, assez largement décrit, de la consommation de soins des individus supposés bénéficier de la CMU de base et / ou complémentaire, un effet de seuil, beaucoup moins documenté, dont on peut suspecter qu'il provient des modalités même d'attribution de la CMU complémentaire.

\*25 (§2-3, p40) : L'originalité française tient à la place importante et grandissante des organismes complémentaires qui cumulent les fonctions d'assurance complémentaire et supplémentaire. S'ils assument le financement des soins liés au confort (chambre seule à l'hôpital) ou les dépassements d'honoraires exigés par certains médecins au titre d'assureur supplémentaire, ils prennent aussi en charge une part de l'assurance des soins de base et participent au financement du panier de soins défini par les pouvoirs publics. Puisque cette mission d'assureur complémentaire affecte les soins de base et non seulement le superflu ou l'accessoire, ce transfert de charge aux complémentaires modifie l'architecture du financement de la solidarité du système de santé.

\* 49 (§1,p575) : les décisions relatives aux taux de remboursement de l'assurance maladie influent sur la situation financière des mutuelles, qui doivent opter entre la diminution des prestations antérieurement servies à leurs adhérents et des prélèvements supplémentaires. La régulation de l'assurance maladie pose à cet égard des difficultés particulières, dans la mesure où, lorsque les mutuelles accroissent leur prise en charge, l'effet éventuellement recherché sur les comportements de consommation des assurés s'annule, sauf pour les ménages les plus modestes et dotés des plus faibles couvertures complémentaires.

\*49 (§3,p583) : Enfin, en matière de couverture santé, si l'accès à l'assurance maladie est universel pour les prestations en nature, il est assorti de certaines limites pour les prestations en espèces, et, surtout, les salariés temporaires et les chômeurs peuvent se trouver pénalisés en matière d'accès aux assurances maladie complémentaires. C'est en particulier le cas pour les protections complémentaires d'entreprise, dont un certain nombre prévoient des clauses d'ancienneté ou d'exclusion des salariés en contrat à durée déterminée. Si certaines mutuelles d'entreprise élargissent leur affiliation aux salariés de sous-traitants ou à d'anciens titulaires de CDD, la plupart s'en tiennent, en cas de perte d'emploi, aux obligations posées par la loi Evin de décembre 1989, à savoir proposer aux sortants une garantie identique à celles dont ils bénéficiaient précédemment, à un tarif qui peut être majoré jusqu'à un maximum de 50 % (et par définition sans contribution de l'employeur). Le relais doit donc souvent être pris par d'autres organismes, et pour les personnes qui ont les revenus les plus bas, par la CMU, mais à des conditions généralement beaucoup moins avantageuses.

\*49 (§3, p602) : une date importante a été celle de la création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) qui, à une forme d'universalisation de ce type de couverture, a préféré un dispositif spécifique centré sur les ménages à bas revenus, et qui bénéficie actuellement à environ 4,9 millions de personnes. Des formules successives d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire ont tenté de surmonter les effets de seuil liés à la CMUC, mais avec un succès très limité, y compris pour la dernière aide instituée par la loi d'août 2004 (ACS 18) (environ 240 000 bénéficiaires fin 2006) (Fonds CMU, 2007).

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

\*5(§1,p1) : Menace inacceptable sur l'accès aux soins en France, mesure socialement injuste, économiquement inefficace et dangereuse pour la santé publique, les franchises médicales ont été l'occasion de relancer le débat sur les difficultés d'accès aux soins des populations précaires, un an après la polémique sur les refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide Médicale de l'Etat (AME). Les détracteurs de ce dispositif mettent en garde sur les risques de pénaliser les patients aux revenus les moins élevés, c'est-à-dire de les dissuader de se faire soigner et de les inciter à reporter à plus tard les actes de prévention, tandis que ses défenseurs y voient, entre autres, un outil de responsabilisation des usagers et un moyen d'assurer une meilleure qualité des soins pour tous.

\* 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).

\*25 (§1,p57) : se soigner correctement lorsque l'on n'a pas les moyens de payer une couverture complémentaire est toujours difficile pour les personnes pauvres en raison notamment de la baisse de la prise en charge des prestations par l'assurance Maladie. Parallèlement, même avec une couverture complémentaire, certaines personnes ne peuvent se soigner correctement faute de ne pouvoir faire face à l'avance des frais et aux dépassements d'honoraires

## 8) Pistes pour améliorer les choses

### - Informer le patient sur les coûts

\*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

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

\*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'examens complémentaires, de médicaments coûteux, etc. !

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

\*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.

\*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 ou parce qu'ils ne leur paraissent pas indispensables alors que coûteux, tant financièrement qu'en temps et en démarches diverses.

### III- Dépendance au personnel soignant

#### 1) Dépendance choisie au soignant

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

\*9 (§7,p30) : l'investissement des personnes sans domicile fixe dans l'élaboration du projet d'accès aux soins a été progressif, passant par des étapes de réassurance par rapport à la place qu'ils occupent dans le groupe, à la légitimité de leur parole et à leur capacité à intervenir activement dans des champs touchant à l'organisation des soins, habituellement confiés aux experts. Ceci peut s'expliquer par leur histoire, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, par les représentations qu'ils ont du « pouvoir » des acteurs du soin, par crainte de n'être là qu'au titre d'alibi, voire d'être un objet d'instrumentalisation et/ou par une sous-estimation de ce qu'ils peuvent apporter.

\*7 (§3,p6) : Les processus de précarisation s'accompagnent souvent de mécanismes d'isolement dans un tableau de souffrance psychique alliant mauvaise image de soi et sentiment d'inutilité sociale

\* 13 (§4,p165) : 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.

\*13(§2-3-4,p166) : Syndrome de l'exclusion (...) Il comporte un trépied symptomatique associant honte, désespérance et inhibition affecto-cognitive, qui permet de le reconnaître et de le différencier d'une maladie mentale.

La honte (« sentiment pénible de son infériorité, de son indignité ou de son humiliation devant autrui, de son abaissement dans l'opinion des autres ») en est le pivot. Liée à la disqualification, elle atteint d'autant plus l'exclu dans son narcissisme qu'elle induit dans l'entourage qui la perçoit un mépris plus ou moins conscient. Inavouable (à la différence de la culpabilité), la honte condamne à la solitude et au repli sur soi, quand elle ne conduit pas à l'alcoolisme. Elle entraîne le refus de

communiquer , entrave la rencontre avec l'autre et devient , en elle-même, un facteur d'exclusion.  
(....)

L'inhibition affecto cognitive est un mécanisme de défense mis en place par l'exclu pour se protéger de la honte et de la désespérance. Il s'efforce de se fermer aux émotions et aux sensations désagréables pour ne pas être blessé par elles. Comme dans sa situation, elles le sont toutes, il se ferme à tout, quitte à s'anesthésier par l'alcool pour ne plus rien ressentir. Il s'efforce de mettre ses facultés intellectuelles en veilleuse pour ne pas penser à un passé d'inclus qui n'est plus, à un présent où il n'a pas sa place et à un avenir qui est une absence d'avenir. Cette inhibition lui interdit de se projeter sérieusement dans un projet d'insertion, auquel il ne veut ni penser ni croire pour ne pas souffrir de sa situation actuelle ou des déceptions à venir. Liée à l'exclusion, l'inhibition affecto cognitive, elle encore, est facteur d'exclusion.

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

\*10 (§1,p25) : une communication de qualité est une condition pour élaborer avec le patient un projet de soins ; elle permet une connaissance précise des conditions de vie, les raisons des réticences aux soins, puis l'émergence d'une confiance

\*4 (§4,p83) : Or, acquérir un regard qui perçoit les ressources individuelles, celles du milieu et les points d'appui n'est pas chose aisée. A cela s'ajoute le manque de confiance en l'autre et en ses capacités en particulier lorsqu'il est très démuni.

\* 4 (§1,p70) : si elle gagne la confiance de l'utilisateur, elle est « *le médecin généraliste -coordinateur (auprès de qui patients et intervenants se réfèrent).* »

\* 6 (§4,p92+§1p93) : Les personnes sans abri auditionnées rapportent des expériences variées. Le manque de confiance des soignants à leur encontre est un premier constat. Ils sont souvent suspectés de chercher le gîte et le couvert. Cette suspicion peut s'expliquer en partie par les comportements et discours des personnes malades sans abri car elles ont tendances à percevoir l'hôpital comme une ressource pour dormir, manger, rencontrer d'autres gens et comme un service de placement en vue d'autres services.

(...)Les professionnels de l'hôpital auditionnés qui ont l'habitude de recevoir beaucoup de personnes sans abri racontent être passés d'une attitude hostile à une approche plus compréhensive en réalisant que ces individus sont véritablement malades et ne sont pas des « profiteurs »

\*81 (§4,p24) : La médecine doit alors apparaître comme compétente et légitime pour traiter ce symptôme, et le patient doit adhérer au discours médical. Et faute d'avoir pu choisir son interlocuteur, il est plus difficile d'accorder sa confiance à un médecin qui n'a pas été choisi.

\*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**

\*6 (§4,p65) : Une étude menée dans les Bouches du Rhône par l'ORS PACA auprès de 434 médecins généralistes montre que la plus grande part des activités en direction des populations démunies semble être assurée par un tiers environ des médecins.(...) Cette diversité possible de la pratique libérale est riche car elle permet une diversité de choix pour les patients. Pourtant elle ne garantit pas une prise en charge de tous et certains publics à prise en charge plus complexe sont laissés pour compte comme en témoignent les refus de soins cités plus haut. Prendre en charge des publics spécifiques nécessite en effet une pratique adaptée

\*6 (§4,p47) : « Il y a un énorme malentendu entre les travailleurs sociaux et les SDF. Un énorme malentendu. C'est à dire que chacun ne voit pas les mêmes choses... Et ça, les travailleurs sociaux ont du mal à le comprendre. [...] Chez les travailleurs sociaux y a toujours cette idée...que ça ne peut pas venir des gens eux-mêmes ». Ainsi comme le souligne ce sans abri toulousain, c'est le plus souvent sur un versant déficitaire que sont qualifiées les personnes fréquentant les dispositifs de l'urgence sociale, alors même que certains « usagers » revendiquent « une autonomie, une indépendance, une liberté qui cadrent mal avec les logiques institutionnelles ». Cet affrontement entre des représentations des professionnels et des souhaits des usagers qui ne coïncident pas ne peut amener de « coproduction »

\* 11 (§2,p27) : nous n'imposons rien, sauf en cas d'urgence vitale et ne mettons en place que les projets de soin que les personnes souhaitent ou sont en capacité d'accepter

\* 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 »

\*6 (§3,p65) : Le libre choix du médecin par le patient se conjugue souvent pour les sans chez soi en libre choix du patient par le médecin !

\*6 (§8,p145) : Les personnes ont le plus souvent un point de vue sur les dispositifs et la vision misérabiliste dans laquelle elles sont enfermées par les médias ou les professionnels ne permet pas de profiter de leur compétence. Elles se montrent rarement dépendantes mais, au contraire, revendiquent une autonomie qui les oblige à se situer en dehors des dispositifs proposés, jugés souvent infantilisants.

\*5 (§2,p14) : les obstacles à l'accès aux soins, quelle que soit leur nature (économique, géographique, symbolique, etc.), apparaissent justifiés d'être levés, en ce qu'ils sont majoritairement subis et qu'ils impliquent des conséquences telles que la défiance envers le système de santé.

\*38 (p .95-96) : Nous étions allés vers lui, nous avons rompu son isolement, cassé sa solitude en créant une relation, pas seulement de confiance mais d'amour, au sens noble du terme, de respect profond. Mais en réalité qu'allait-il se passer pour lui maintenant ? A part ces visites et cette confiance qu'il nous accordait, que pouvions nous lui proposer ? Peu ou pas de solutions s'ouvraient à lui dans la société. En fait parce que nous avons la conviction que son état nécessitait des soins, et en respectant son rythme, sa capacité à revenir vers nous qui représentions le monde social et la solidarité, nous avons brisé sa solitude. (...)En l'accueillant dans des lieux propres, corrects, qui redonnent le goût de vivre, nous lui montrions notre fraternité et qu'il était notre égal. Mais, de fait, c'était une sorte de leurre car la société se referme et exclut de nouveau ! Si nous ne voulons pas passer pour des menteurs, il faut réapprendre à se battre aux personnes qui sont dans l'exclusion. A défendre leur dignité mais aussi leur citoyenneté !

\*82 (§2,p148) : le respect des volontés individuelles, dans les cadres du soin, doit rester l'élément fondamental qui guide nos actions. En ce sens, l'acte thérapeutique en particulier, la relation soignant –soigné ne peuvent être « corrompus » par des impératifs relevant d'ordre sociaux ou politiques

## 2) Dépendance 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) : les objectifs de la santé communautaire :

La modification d'un certain nombre de pratiques est nécessaire pour permettre de nouvelles relations entre les citoyens et les professionnels des secteurs du social et de la santé :

- Une approche collective qui remet une approche individuelle dominante en France,
- L'appropriation par la communauté de projets, de moyens, et d'équipements devant répondre à ses besoins,
- Le changement de la relation de domination soignant-soigné par une relation "d'échange-négociation".

\*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. 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

\*17 (§2,p30) : Nous avons le sentiment que l'individu stigmatisé se montre soit trop agressif, soit trop embarrassé, et que, dans l'un ou l'autre cas il n'est que trop disposé à voir dans nos actes des significations que nous n'y avons pas mises.

\* 1 (§5-6,p87) : Toute personne recourant à la prévention ou aux soins éprouve, à des degrés variables, une forme de dépendance vis-à-vis du système de santé, ce d'autant plus qu'elle peut se trouver diminuée dans ses fonctions physiques, psychiques et sociales, et *a fortiori* si elle est en situation de précarité. Difficilement en mesure d'assumer son autonomie et sa responsabilité, elle s'expose même à subir les effets d'une discrimination larvée de la part des professionnels et des institutions. Pennef (1992) a montré, par exemple, comment les hiérarchies sociales se reproduisent à l'intérieur de l'organisation hospitalière suivant les lignes de partage des différentes catégories professionnelles, induisant de subtiles gradations dans les modalités de prise en charge selon les origines sociales des patients. Cette observation peut être reprise, avec quelques nuances, pour

l'ensemble des professionnels de santé intervenant auprès des publics précaires. En fait, la discrimination fortuite – bien que non intentionnelle – est si répandue que toutes les politiques et toutes les organisations de santé devraient être invitées à exercer sur ce point une vigilance particulière.

\*1 (§4,p88) : On peut craindre également que l'ordre établi au sein de certains groupes ne s'oppose, plus ou moins délibérément, à l'autonomie des personnes, à leur expression et à leur accès aux droits fondamentaux.

\* 13 (§2,p41): Par ailleurs, nombre de personnes en situation de précarité ne connaissent que très peu de dispositifs acceptant de les accueillir lorsqu'elles n'ont pas d'argent ni de couverture maladie. Le choix de la structure fréquentée s'apparente donc à un « choix contraint » qui les désinvestit du rôle de client, et ce d'autant plus qu'elles ne payent pas le médecin qui les soigne. Leur marge d'initiative s'en trouve ainsi réduite, face à un personnel dont elles dépendent fortement pour accéder aux soins

\*6 (§1,p20) : Le retard à consulter est le plus souvent mis sur le compte de facteurs liés aux personnes elles-mêmes (...). 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. Or ce facteur ne fait jamais l'objet d'études ou d'enquêtes sérieuses en France (au-delà de témoignages multiples compilés par des acteurs associatifs) alors même que notre pays est très attaché à l'équité en matière de soins. Il s'agit à proprement parler d'une réalité qu'on ne veut pas voir - ni dont on ne veut a fortiori estimer la fréquence – contrairement à la situation qui prévaut dans d'autres pays, dans lesquels il a été bien décrit à quel point ces attitudes péjoratives des soignants contribuaient à éloigner les personnes sans abri (notamment, mais pas seulement) du système de soins.

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

\*6 (§1,p39) : D'une part, la désertification médicale des zones rurales s'aggrave avec un départ massif à la retraite d'un contingent de médecins installés dans ces zones et qui ne sont pas toujours remplacés. Si l'on ajoute à cela la fermeture de certains centres ou services hospitaliers de proximité pour des raisons – le plus souvent justifiées – de sécurité des soins et de rentabilité, le nombre croissant de praticien exerçant en secteur II, le fait que les populations dont on parle n'ont pas – ou peu – de moyens de déplacement sur de longues distances, on arrive à des situations très tendues de non accès aux soins sur certains territoires

\*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 prescrivant selon les données de la médecine en sachant que mon ordonnance se retrouverait rapidement dans le caniveau.

\* 5 (§2,p14) : Prendre en charge le non-recours revient alors à vouloir influencer sur les comportements jugés néfastes pour la santé – et encourager ceux jugés bénéfiques – sans que soit pris en compte le sens de ces derniers. Or, l'enquête empirique a démontré l'écart subsistant entre les normes véhiculées dans la construction du problème du non-recours et dans

les dispositifs d'intervention en dépendants, d'une part, et les normes mobilisées par les populations désignées comme prioritaires de ces dispositifs, d'autre part.

\*23 (§6,p238) : on pourrait se demander si parfois, l'attitude du médecin généraliste ne met pas en danger les plus démunis en décidant à leur place que « *pour eux, ce n'est pas le moment de parler prévention médicale, ou ce n'est pas leur priorité,...* ». Un patient en difficulté peut avoir les mêmes attentes qu'un autre, vis-à-vis de son médecin, en matière de prévention et d'éducation. Il est clair qu'il y a peut-être des étapes différentes, mais il faut être très prudent dans l'auto-censure en considérant à la place de l'autre que pour lui, ce n'est pas le moment ou pas une priorité. Le risque de renforcer les inégalités de santé plutôt que de les atténuer est donc bel et bien présent, par exemple, en ne leur donnant pas d'explications parce qu'on se dit que telle personne ne comprendra pas, ou ne sait pas lire, etc.

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

\*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

\* 6 (§1,p66) : Dans une structuration de l'offre de soins où, d'une part, le patient a l'obligation de s'inscrire auprès d'un généraliste et où, d'autre part, le nombre de généralistes se restreint dans certains territoires (ainsi que la disponibilité des praticiens libéraux en secteur I, notamment dans les grandes villes) et où, enfin, il n'y a pas d'obligation réglementaire pour les libéraux à inscrire tous les patients relevant de leur territoire d'installation, une sélection des patients existe *de facto*.

\*6 (§3-4,p66) : La notion de médecin de famille s'est peu à peu délitée avec le temps. Tout se passe comme si chaque acteur de soin assurait une prestation de service, charge à l'utilisateur de se repérer dans le paysage sanitaire.

Même s'ils sont de natures différentes, les systèmes de régulation mis en place progressivement par le législateur (franchise, parcours de soin...) ont pour conséquence d'une part, la création d'un maillage entre les différents niveaux de soin (ce qui est positif) mais également, d'autre part, la création de contraintes nouvelles dans le libre accès au médecin libéral. Ces mesures sont susceptibles d'avoir un effet catastrophique pour les personnes sans chez soi : pour elles (comme d'ailleurs pour toutes les personnes vulnérables ou en situation précaire), la « responsabilisation » si chère au législateur risque de se traduire en une mise à distance encore accrue du système de soins primaires. Les contraintes qui pèsent sur leur quotidien les obligent à développer des capacités de « survie » pour les actes essentiels tels que manger, se laver, dormir. Tout ce qui n'est pas dans les priorités vitales risque donc d'être relégué au deuxième plan.

\*82 (§2,p31) : Le parcours de soins coordonné (...) incite au respect d'un parcours de soins prédéfini avec un rapport avec un recours exclusif initial au médecin traitant. (...) L'accès secondaire à d'autres spécialités par exemple, nécessite une orientation par le médecin traitant. En cas de non-respect de ce parcours de soins coordonné, des sanctions financières ont peu à peu été imposées, l'Assurance Maladie majore le ticket modérateur (part non prise en charge par le régime de Sécurité Sociale).

\*82 (§5,p32) : En un sens décréter ainsi la coordination et la responsabilité risque plus d'orienter vers une double culpabilisation des malades (sanctions « maladie » et financières surajoutées, dans le



contexte d'inégalités sociales) que vers une démarche éducative, en particulier pour les personnes en situation de précarité, eu égard à leurs conditions de vie et aux difficultés de leurs recours aux soins.

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

\*17 (§2,p130) : L'individu stigmatisé se trouve au centre d'une arène où s'affrontent les arguments et les discours, tous consacrés à ce qu'il devrait penser de lui-même, autrement dit, à son identité pour soi. A ses divers tourments, il doit encore ajouter celui de se sentir poussé simultanément dans plusieurs directions par des professionnels qui lui clament ce qu'il devrait faire et ressentir à propos de ce qu'il est et n'est pas, le tout pour son bien, naturellement

\*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**

\*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.

\*38( p.200) : Les réalités de la dépendance se situent au cœur de la pratique soignante. Cette mission d'assistance, à tant d'égards exceptionnelle, dont relèvent l'engagement professionnel des soignants et plus encore leurs références éthiques, les implique dans le champ d'une relation interindividuelle dont ils ne peuvent pas se détourner. S'il est bien une obligation fondamentalement attachée aux valeurs que sous-tendent leur actions, on peut la concevoir comme devoir d'assistance, comme impératif de l'intervention, je veux dire comme capacité d'assumer le sens d'une présence, d'une attention, d'une vigilance, parfois même d'une résistance là où plus qu'ailleurs une telle attitude responsable s'impose.

En ce domaine toute idée générale se révèle pour le moins vaine mais plus encore pernicieuse et abusive car oublieuse des responsabilités directes dont on se doit d'assumer la charge à l'égard d'une personne toujours singulière dans son histoire, dans son parcours, dans la demande qu'elle trouve parfois encore la force de formuler, de nous adresser.

3) Dépendance des soignants

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

\*5 (§2,p12+§1,p13) : La question du non-recours des populations précaires soulève ainsi un ensemble de réflexions éthiques sur les limites que doivent se mettre – ou non – les acteurs du

champ sanitaire et social qui tentent de pallier ce problème responsable d'inégalités de santé injustes. Faut-il tenter coûte que coûte de modifier les comportements de non-recours au nom de valeurs comme l'assistance, la solidarité et la justice sociale ? Ces réflexions ne sont sur ce point pas propres au domaine de la santé, mais elles sont plus générales à la gestion du non-recours ou de la non-demande, dès lors que s'opposent des intérêts contradictoires, des légitimités différentes. Les acteurs des dispositifs de type Samu sociaux, dont la démarche consiste à aller vers ceux qui n'expriment pas de demande, sont régulièrement confrontés à ces questionnements sur le bien-fondé de leurs interventions. Ainsi, comme le rappelle J. Furtos, « *les conflits de légitimité se posent comme la catégorie éthique de l'action* » .

\* 6 (§2,p59) : la FEANTSA plaide pour réduire ce qui est l'un des plus graves scandales de nos sociétés industrialisées - laisser mourir à la rue nos concitoyens les plus fragiles en invoquant leur libre arbitre – et souligne, avec d'autres, l'urgence à agir !

\* 6 (§2,p91) : Un autre problème est celui de l'hospitalisation sous contrainte, qu'il s'agisse des hospitalisations d'office (HO) ou des hospitalisations à la demande d'un tiers (HDT). Il existe très peu d'alternative aux urgences dans le cas où la personne refuse d'aller à l'hôpital. Le facteur le plus décisif en faveur de l'hospitalisation sous contrainte est le manque d'alternative. Des études ont par ailleurs montré que le risque d'hospitalisation sous contrainte est plus élevé chez les personnes pauvres ou en situation d'exclusion, les personnes appartenant à une minorité ethnique et les personnes sans chez soi. Les personnes auditionnées qui ont connu des états délirants chroniques dans la rue reconnaissent souvent, a posteriori, la nécessité de la contrainte. Elles soulignent la nécessité de rencontrer des équipes qui prennent le temps d'offrir des alternatives, de négocier et d'accompagner la personne avec respect et empathie dans ce moment de crise.

\* 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**

\* 2 (§3,p10) : Hélas, le service rendu par l'hôpital a un coût et il existe une obligation de recouvrement des créances.

\* 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.

\* 13 (§1-2,p263) : Dans plus de 60 % des situations, les médecins enquêtés déclarent être confrontés aux lourdeurs administratives, au manque d'information (absence ou insuffisance de connaissances sur les structures, les dispositifs et/ou les droits sociaux), aux difficultés à faire accepter aux patients d'être suivi, et, enfin, aux difficultés à travailler avec les autres acteurs et/ou les structures sanitaires et sociales.

\* 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 ?

\* 18 (§6,p53) : Il n'est pas prévu que le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) puisse financièrement prendre en considération la dimension sociale de l'utilisateur malade et permettre ainsi la détermination d'un budget discrétionnaire nécessaire à la réponse à ces besoins spécifiques. C'est dire qu'à priori, aucune disposition financière n'est prévue pour continuer de prendre en charge ces catégories de patients supposées être de plus gros consommateurs de soins, puisque leurs besoins, exprimés en allongement de la durée du séjour, apparaissent plus importants que ceux des patients non précaires. Prendre en compte l'éventuel surcoût associé à la précarité ou au handicap social nécessite au préalable d'identifier dans l'établissement chaque patient précaire, et le cas échéant, le supplément de besoins que sa pathologie (parfois multiples) nécessite.

\* 13 (§3,p227) : Ajoutons que, paradoxalement, certaines des mesures adoptées en vue de l'amélioration de la qualité de vie des malades et de la réduction des coûts, peuvent se retourner contre une prise en charge satisfaisante des personnes démunies. Ainsi en est-il des mesures visant à diminuer les durées de séjour à l'hôpital ou à développer des alternatives à l'hospitalisation classique, qu'elles soient internes (par exemple les consultations ou les hôpitaux de jour) ou externes (par exemple l'hospitalisation à domicile). Ces mesures, lorsqu'elles sont réussies, présentent un indéniable progrès pour la grande majorité des malades. Pourtant elles s'avèrent totalement inadaptées aux malades sans domicile fixe, aux personnes vivant seules (40% de la population parisienne), ou encore aux habitants des logements peu adaptés aux soins à domicile. Je me souviens de cette personne âgée dont on changeait le pansement des ulcères aux jambes, à proximité immédiate d'une table de cuisine non débarrassée depuis plusieurs jours. Je me souviens aussi de ce jeune malade du Sida, abandonné de tous dans sa chambre sous les toits. Il est parfois des enthousiasmes qu'il fait savoir tempérer et situer dans une plus juste perspective ; ce fut le cas avec les alternatives à l'hospitalisation, qui ont répondu à la fois aux souhaits des malades, au souci du gestionnaire et au goût du médecin pour une technique nouvelle et bien maîtrisée des soins.

N'oublions jamais, non plus, que le service rendu par l'hôpital a un coût. La déontologie hospitalière, faite d'accueil et de réponses à ceux qui souffrent, suppose aussi la transparence de coûts nécessaires à une attitude responsable, sous peine d'aller contre son objet même, car on est toujours rattrapé, qu'on le veuille ou non, par les réalités financières

\* 14 (§3,p11) : Si la T2A sous-tend des objectifs positifs tels que l'adaptation de l'activité aux besoins de la population, la valorisation des actes médicaux et la maîtrise des ressources, elle peut être pénalisante pour les services dont les séjours des patients dépassent les durées moyennes de séjours (DMS) à cause d'un état de santé plus dégradé ou à cause du manque d'alternatives à l'hospitalisation. (...) L'hôpital se trouve ainsi face à une situation contradictoire : assurer l'accueil de

tous sans discrimination, et dans le même temps, équilibrer son budget en recouvrant l'ensemble de ses dépenses, tout en favorisant le développement de l'activité médicale

\*43 (p167) : nous avons changé de siècle et les logiques du « nouveau management public » ont gagné le champ sanitaire et social, comme celle qui prône « l'activation » des bénéficiaires de bénéfices sociaux de tous ordres. Allant jusqu'à questionner la légitimité de bénéfices sans contrepartie, comme si les personnes concernées ne payaient pas déjà dans leur corps et dans leur dignité les conséquences de la situation sociale dans laquelle elles se trouvent.

\*67 (intro, p352) : Le professionnel de santé peut se retrouver pris en étau entre 2 exigences : répondre à son obligation d'accueil des patients précaires, qui ont des besoins supérieurs par rapport aux non-précaires, puisque la lutte contre l'exclusion sociale est en effet une mission de service public hospitalier, tel que le prévoit l'article L6112-1 du code de la santé publique et maximiser des recettes pour concourir à ce que l'établissement soit à l'équilibre en ne prenant plus en charge des patientes au-delà de la durée moyenne de séjour prévue par l'ENC

#### IV- Peurs et violences dans la relation médecin-malade

##### 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**

\*6 (§3,p19) : dans l'enquête de l'Insee de 2001, durant l'année précédant l'enquête (en 2000 donc), 84 % des sans domicile ont vu au moins une fois un médecin ; ils consultent alors en moyenne huit fois par an. Cette fréquentation est identique, globalement, à celle de l'ensemble de la population mais les pathologies sont plus nombreuses chez les personnes sans domicile. Elle est donc – à la fois – plus faible que dans l'ensemble de la population à état de santé comparable mais n'est pas nulle. En ce sens, les problèmes de recours aux soins résultent des difficultés, pour le système de soins de droit commun, à prendre en charge ces personnes et à répondre à l'ensemble de leurs besoins. Ainsi 40% des personnes ont mal aux dents sans les avoir soignées et un tiers des personnes qui en auraient besoin ne portent pas de lunettes

\*9 (§4,p30) : les personnes sans domicile fixe ont une représentation de la santé globale particulière : ils occultent les questions de santé parce que la santé n'est pas une de leurs préoccupations et qu'ils ne veulent pas porter de regard sur eux-mêmes. Lorsqu'ils les évoquent, leur approche est transversale et les questions qu'ils se posent concernent toutes les dimensions (logement, travail, famille..)

\*9 (§5,p31) : nous avons constaté à quel point le regard que les SDF portent sur eux et leur santé change une fois qu'ils ont pris soin d'eux.

\*13 (§1,p39) : Plus généralement, le rapport au corps, à la maladie et aux soins se construit en fonction du degré d'adhésion au discours médical. L'école et le milieu social transmettent en partie

cette culture scientifique particulière ; elle est aussi acquise au travers de la vulgarisation médicale et par la consultation en elle-même. C'est lorsqu'elles appartiennent aux milieux sociaux les plus favorisés que les personnes intériorisent le mieux les catégories conceptuelles du savoir médical : recourant plus souvent que les autres aux services du médecin et étant plus proches de lui socialement, leur communication en est facilitée. Leur niveau d'éducation élevé permet par ailleurs une meilleure transmission de la connaissance du médecin au malade. Il a ainsi pu être montré que les membres des catégories sociales défavorisées prêtent moins d'attention aux différents symptômes, sont moins informés sur les maladies et sur les circuits de soins, et font preuve d'un plus grand scepticisme envers la médecine. Ils répugnent davantage à se percevoir comme malade. Ces constats s'expliquent certes par des critères financiers, mais également par leur éloignement vis à vis des valeurs scientifique de la médecine moderne, rationnelle et hautement organisée. Cette distance détermine de la même manière l'étendue du champ d'intervention pour lequel la médecine est sollicitée. Les agriculteurs ont par exemple tendance à restreindre leurs recours au traitement de symptômes inquiétants et au soulagement de la douleur, tandis que les cadres élargissent leurs consultations aux domaines de l'hygiène, de l'esthétique et de ce qu'on appelle aujourd'hui le « confort ».

\*6 (§4,p19) : « Le ratio hospitalisations - consultations externes [des personnes sans domicile] est plus élevé que dans la population générale, ce qui indique que non seulement ils sont plus malades mais également qu'ils ont tendance à consulter plus tardivement

\*14 (§3,p2 + §1,p3) : En effet si les déterminants de santé chez les personnes précaires ne sont pas différents de l'ensemble de la population, leur fréquence et leur gravité sont bien plus alarmantes. Pourtant , force est de constater que la santé et le recours aux soins sont devenus des préoccupations secondaires pour ces personnes fragilisées qui n'ont plus la capacité de percevoir leur état de santé et d'accomplir des démarches pour obtenir un diagnostic et des soins adaptés auprès des professionnels. Malgré la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU), celles-ci délaissent les consultations et soins de ville au profit de l'hôpital. « le manque de ressources , de couverture maladie ou de médecin traitant et la méconnaissance de la gravité du problème de santé apparaissent déterminant pour ce type de recours »

\*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

\*15 (§4,p10) : Contrairement à une idée reçue et fortement répandue, ces personnes, compte tenu de leurs charges quotidiennes (familiales, par exemple), de leur isolement et de leurs faibles ressources, ne trouvent pas le *temps* de consulter, reculant d'autant le recours indispensable aux soins. (...)

\*10 (§6,p24) : Quand, surmontant le sentiment de honte, la demande de soins fait émerger le retard diagnostique souvent associé, elle nécessite un recours rapide à une consultation de médecine générale pour un bilan clinique et para clinique, ciblé, de qualité.

\*10 (§7,p25) : Quand le champ investi est le corps de la personne elle-même et sa santé, les actions proposées sont perçues comme intrusives, d'où souvent une défection des intéressés.

\* 11 (§2,p26) : permettre l'accessibilité de ces personnes en grande et très grande précarité aux soins de droit commun, les ramener vers le système de soin, qui les terrorise et dont ils sont souvent bien éloignés

\* 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

\* 14 (§4,p15) : « La santé est définie par les personnes précaires comme devant être un bon fonctionnement physiologique : manger, dormir, et pouvoir se déplacer.... Les difficultés physiques semblent mineures au regard de la dureté de leur vie quotidienne : en revanche les souffrances d'ordre psychologiques sont davantage pointées. » La résistance et la réticence aux soins s'explique encore par une notion différente de la santé, associée aux sentiments de honte et d'humiliation.

\* 6 (tableau p54) : Les principaux freins aux soins repérés :

- Absence de « chez soi »
- Freins administratifs et financiers
- Barrière linguistique
- Problématique intriquée entre santé et social
- Décalage entre l'état de santé réel et ressenti
- Dénier de pathologie, déni du corps
- Expérience négative du système de soins
- Élément de rupture dans l'histoire de vie
- Perte d'estime de soi
- Violence subie et agie
- Sentiment d'isolement, difficultés à demander de l'aide
- Souffrance psychique, stress
- Comportements à risque
- Alcool, poly médication, addiction
- Manque de perspectives ou de projets
- Absence de suivi médical
- Manque de coordination entre les acteurs

\* 78 (§1,p116) : Les filières et le non-recours s'expliquent aussi par les réticences qu'expriment certains face aux services de soins, aux professionnels de la santé ou même à leur propre santé ; la perception de l'état de santé et la croyance dans les systèmes de soins étant sensibles aux facteurs sociaux et à l'accès à l'information (Parizot, 1998). L'étude Précar menée auprès des usagers de centres de soins gratuits met en évidence un manque d'incitation du fait de craintes, d'un rejet des contraintes, règles et institutions, voire de la honte à demander une assistance (Chauvin *et al.*, 2001). L'étude Precalog indique aussi une proportion importante de personnes choisissant d'attendre ou de recourir à l'automédication en cas de douleurs et de symptômes (Collet, 2003). Ces sentiments et comportements contribuent au renoncement aux soins ou au recours tardif, ainsi qu'au défaut de démarche préventive et à la faible réceptivité aux campagnes de prévention.

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

\* 5 (§1,p10) : L'automédication est renforcée par le manque de confiance évoqué à l'égard du corps médical et d'une médecine perçue comme technique et paternaliste. Cela peut

également refléter la volonté de ne pas voir le corps médical s'insérer dans des préoccupations personnelles, dans un domaine privé, celui de la santé. Mais il ne s'agit pas ici uniquement de non-recours induit par ce déficit de confiance et/ou cette distance sociale avec les soignants. Il peut s'agir plus simplement d'une volonté de gérer soi-même ses symptômes, quand ces derniers sont appréhendés comme tels.

\*9 (§7,p30) : l'investissement des personnes sans domicile fixe dans l'élaboration du projet d'accès aux soins a été progressif, passant par des étapes de réassurance par rapport à la place qu'ils occupent dans le groupe, à la légitimité de leur parole et à leur capacité à intervenir activement dans des champs touchant à l'organisation des soins, habituellement confiés aux experts. Ceci peut s'expliquer par leur histoire, l'image qu'ils ont d'eux-mêmes, par les représentations qu'ils ont du « pouvoir » des acteurs du soin, par crainte de n'être là qu'au titre d'alibi, voire d'être un objet d'instrumentalisation et/ou par une sous-estimation de ce qu'ils peuvent apporter.

Il y a eu nécessité de changer nos pratiques : abandon du vouvoiement, s'asseoir à côté pour « s'approprier mutuellement » et, enfin, pouvoir parler « santé » puis envisager, ensemble, un projet.

\*17 (§2,p17) : L'individu stigmatisé tend à avoir les mêmes idées que nous sur l'identité. C'est là un fait capital. (...) en même temps, il peut fort bien percevoir, d'ordinaire à juste titre, que, quoi qu'ils professent, les autres ne l'« acceptent » pas vraiment, ne sont pas disposés à prendre contact avec lui sur un « pied d'égalité ». De plus les critères que la société lui a fait intérioriser sont autant d'instruments qui le rendent intimement sensible à ce que les autres voient comme sa déficience, et qui, inévitablement, l'amènent, ne serait-ce que par instants, à admettre qu'en effet il n'est pas à la hauteur de ce qu'il devrait être. La honte surgit dès lors au centre des possibilités chez cet individu qui perçoit l'un de ses propres attributs comme une chose avilissante à posséder, une chose qu'il se verrait bien ne pas posséder

\*17 (§3,p24) : Se voir inférieur signifie que l'on est incapable d'écarter de sa conscience l'expression d'un sentiment chronique d'insécurité de la pire espèce, ce qui veut dire que l'on souffre d'angoisse, voir de pire encore, s'il est vrai que la jalousie est pire que l'angoisse. La peur qu'éprouve un individu de ce que les autres pourraient lui manquer d'égards à cause de quelque chose qui apparaît chez lui entraîne une insécurité permanente dans son rapport avec les gens ; et cette insécurité découle, non de quelque source mystérieuse et plus ou moins masquée, comme il en va souvent ainsi pour nous, mais de quelque chose contre quoi il sait qu'il ne peut rien

\* 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 :**

\*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**

\*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**

\*2 (§6,p13) : Savoir communiquer exige et suppose tout au moins une connaissance d'un milieu différent, d'un comportement qui ne peut s'expliquer que par un long passé de souffrance et de misère difficile à exprimer. Cette démarche nécessite une formation appropriée face aux situations difficiles à gérer, notamment, celle de la violence.

\*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.

\* 8 (§2) : Or, les médecins - et peut-être plus encore les hospitaliers - continuent de méconnaître cette réalité sociale, quand ils ne la rejettent pas. Car bien souvent, ceux que l'on appelle les exclus, les démunis, les SDF leur font peur. Ils n'ont pas été préparés à cela.

\*17 (§2,p30) : Nous avons le sentiment que l'individu stigmatisé se montre soit trop agressif, soit trop embarrassé, et que, dans l'un ou l'autre cas il n'est que trop disposé à voir dans nos actes des significations que nous n'y avons pas mises

\*13 (§2,p227) : Je conseille souvent comme école de vie, de travailler – ne serait-ce que quelques jours – dans un grand site d'accueil des urgences. Cela vaut, j'en suis sûr, bien des heures de classes préparatoires ou de grandes écoles. Il n'est pas toujours facile pour les médecins ou les soignants qui consacrent là une part d'eux-mêmes, de s'occuper de telle ou telle personne démunie, au comportement parfois agressif voire dangereux. Mais je n'ai jamais vu quiconque fuir devant l'exigence de cette responsabilité. Et je porte témoignage du cœur de celles et ceux qui choisissent de travailler là, durablement.



\*32 (§1-2, p60) : il semble que la précarité présente ici un effet important pour les personnels sous forme de charge psychique : le « stress » associé au déploiement de solutions qui sont nécessairement imaginatives et improvisées peut être accru par la « parole forte », l'alcoolisme ou « l'agressivité » des patients les plus précaires.

\*70 (§2, p583) : D'une manière générale, les relations avec les intervenants sont instables ; des comportements agressifs, parfois violents, peuvent apparaître chez ces personnes dont beaucoup ne supportent aucune contrainte, ou souffrent de problèmes psychiatriques, de toxicomanie, ou d'alcoolisme.

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

\*12 (§1, p146) : 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. 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 supériorité trop marquée vis-à-vis du patient le maintiendrait dans une dépendance qu'il peut d'ailleurs de lui-même rechercher.

\*38 (p203) : La visée éthique de l'intervention pourrait se concevoir comme médiation impérative de nature à favoriser la réhabilitation des principes et des facultés d'autonomie de la personne. Encore est-il nécessaire de l'intégrer à un projet et de l'encadrer par des règles parfaitement définies susceptibles de servir un tel objectif. Comment élaborer cette intention en évitant le recours à des valeurs moralisatrices indifférentes à la réalité de l'expérience existentielle spécifique qui se caractérise par des attitudes et des pratiques qui nous paraissent préjudiciables à la vie de la personne ? 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'exclure du champ thérapeutique les contrevenants ?

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

\*4 (§1,p27) : beaucoup de personnes reçues sont « volatiles », c'est à dire qu'elles vont « picorer » à différents endroits ; il est difficile de les « accrocher » et elles peuvent mettre six mois à un an, pour accepter de rencontrer un médecin. Ce travail demande beaucoup de patience de la part des professionnels qui doivent réalimenter sans cesse leur motivation et leur intérêt pour elles, afin de lutter contre des sentiments d'impuissance et/ou d'échec

\* 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

\* 14 (§2,p22) : Autre problème cité par les infirmières interrogées, est la lutte pour ne pas se laisser envahir et déborder par l'émotion. « c'est quelquefois très dur...J'ai parfois honte d'être en bonne santé et de ne pas avoir de problèmes.. A nous aussi ça peut arriver et alors là.. ». Etre à l'écoute, porter de l'intérêt à l'individu et à sa trajectoire de vie, c'est construire avec lui une relation basée sur l'empathie

\*14 (§2-3,p22) : Même s'ils sont convaincus que leur mission est de prendre en charge la personne soignée dans ses différentes dimensions, le réflexe des soignants est bien souvent de se protéger. Ce qu'ils font en se concentrant sur la prise en charge médicale qui est plus technique, et qui exige de leur part rationalité, efficacité et neutralité.

A ce besoin de protection, se superpose un sentiment de découragement et d'impuissance. La prise en charge des personnes désocialisées demande beaucoup d'attentions, de temps, de démarches et de patience. Souvent toute l'énergie déployée par les patients n'aboutit pas aux résultats escomptés

\*23 (§1,p237) : Si les médecins soulignent l'importance de la tolérance, du respect de l'autre, du temps accordé à l'autre, ils mettent également en évidence la nécessité de prendre de la distance. L'épuisement du médecin semble en effet fréquent avec ce type de patient, tant les problèmes sont multiples et intriqués. Rencontrer d'autres professionnels de la santé concernés apparaît non seulement comme une source de richesse et d'échange, mais également comme un soutien jugé nécessaire.

\*38 (p.147) : Il faut noter que la fragilité de certains soignants est due à un manque de formation qui peut leur rendre le travail insupportable. Leur mission les dépasse et la violence est une manière de lutter en brisant ce que l'on ne parvient pas à contrôler. Surtout si l'on considère son travail comme quelque chose de très technique, presque mécanique, avec des résultats bien précis...C'est là où la relation humaine, la plus humaine possible avec le malade joue un grand rôle. Il ne s'agit pas d'entrer dans une dépendance affective, mais de savoir être dans une juste proximité. Ni trop près, ni trop loin. Alors il y a respect de part et d'autre. Même s'il y a souffrance, même si l'on sait que l'on va vers la fin, on peut se regarder dans les yeux. Dire Bonjour veut dire quelque chose d'important : que la journée commence, qu'on va lutter ensemble, rire ensemble...On se comprend. Le patient sait que l'on fait ce qu'on peut, il devine quand on est excédé et pourquoi. Nous sommes deux êtres humains lui et moi, chacun faisant de son mieux pour s'en sortir dignement. Le soin, c'est aussi cette confiance là, dans le respect et le soutien de l'autre. Bien sûr, ce n'est pas facile. Et souvent pour des raisons les plus bêtes. Parce qu'il n'y a pas assez d'effectifs, parce qu'on est obligé d'aller trop vite,

qu'on ne peut pas prendre le temps nécessaire à la parole, parce qu'on ne part pas en formation suffisamment, qu'on ne prend pas le temps de réfléchir à sa tâche, de se nettoyer du stress... Toutes ces choses qui sont des évidences !

\*38 (p200) : [...] des responsabilités directes dont on se doit d'assumer la charge à l'égard d'une personne toujours singulière dans son histoire, dans son parcours, dans la demande qu'elle trouve parfois encore la force de formuler, de nous adresser. Sommes-nous en mesure de répondre à cette attente ? Parvenons-nous à comprendre sa signification ? En quoi nous oblige-t-elle ? Comment nous situer au regard de situations souvent dégradantes ou choquantes peu conciliables avec nos systèmes de référence ? Comment éviter de juger et donc renoncer à se considérer comme référence, ce qui par nature distancie et contribue à rendre plus délicate l'élaboration de médiations indispensables à la relation ? Comment s'engager dans un projet de soins qui apparaît parfois à ce point équivoque et dérisoire ? Comment envisager le strict rôle imparti à notre intervention, sans excès, en respectant des règles, pour éviter d'accentuer la dépendance de l'autre, sa vulnérabilité à nos pouvoirs ? [...]

Autre question, peut-être plus radicale : comment admettre nos fragilités, nos faiblesses, nos limites, face à des réalités existentielles d'une telle complexité qu'il nous paraît impossible de répondre à l'ampleur d'une sollicitation qui, dans bien des cas, semble nous échapper. Dans ce type de situations, ce qui est mis patiemment en œuvre est susceptible de se détériorer du jour au lendemain. Les certitudes deviennent précaires, instables, sujettes à caution, voire équivoques. Les engagements pris par la personne, ses « promesses » qu'elle n'est plus en mesure de tenir, ses renoncements, le parcours auprès d'elle, son accompagnement, représentent autant de réalités objectives qui exposent aux menaces de difficultés dont on voit difficilement le terme possible. Comment accepter d'être le témoin qui préserve une certaine neutralité professionnelle face à la violence, aux excès de situations de crises, aux débordements, à ce qui nous dépasse et met en cause nos références ?

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

\*4 (§4,p26) : il faut partir du social, de la situation globale de la personne pour l'amener à se préoccuper de sa santé, plutôt que de faire un lieu de santé spécifique pour un public en situation de précarité (qui signerait une sorte de "médecine à 2 vitesses").

\*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.

\* 18 (§6,p55) : Vers une remise en cause de la prise en charge médicale des patients présentant des difficultés sociales et du principe de solidarité.

L'ensemble de ces résultats alerte. Un établissement qui prend en charge majoritairement des patients ayant des handicaps sociaux doit aussi rechercher un équilibre financier qui garantit la pérennité de la structure (EPRD). Ses responsables vont-ils devoir préférer prendre de moins en moins en charge les besoins supplémentaires liés aux handicaps sociaux tout en augmentant le turnover des usagers pour augmenter leurs activités à charge constantes ? Vont-ils demander de réduire la DMS encore imputable au handicap social, à savoir un jour et demi de moins en moyenne, sachant que ce n'est pas financé ?

Ne sommes-nous pas devant un paradoxe : un établissement de santé qui prend en charge des populations ayant des handicaps sociaux ne se trouverait-il pas pénalisé par la T2A et pourra-t-il devoir son salut financier qu'à la non prise en charge des besoins particuliers de ces populations ? Comment ces populations vont-elles comprendre ces changements ? Et les professionnels qui doivent mettre aussi en œuvre la nouvelle gouvernance et ses pôles d'activité ? Découvrons-nous un effet indésirable de la T2A-EPRD ? L'établissement de santé ayant ses activités de médecine, chirurgie et d'obstétrique d'aujourd'hui et de demain, avec une T2A à 100%, deviendra-t-il uniquement un plateau technique dépourvu de missions sociales comme voulu par la loi Veil de 1974 ?

\* 13 (§2, p5) : la priorité accordée aux soins curatifs et le principe de la liberté d'accès aux praticiens qui caractérisent le système français depuis plusieurs décennies constituent, en réalité, autant de facteurs d'inégalité d'accès aux soins comme en témoignent les inégalités persistantes en terme de consommation de soins. A l'échelon des comptes de la nation, l'inflation des dépenses de santé à laquelle ils contribuent (et qui place la France au tout premier rang des pays européens) remet en question, à l'heure des choix budgétaires et politiques, le principe de solidarité qui régit leur financement. Elle fait craindre l'émergence d'un système de santé à deux vitesses dont, bien entendu, les personnes les plus précarisées seraient les premières victimes : c'est tout l'enjeu éthique et social de la maîtrise des dépenses de santé. A l'échelon individuel, ce modèle consumériste, où chacun consulte aujourd'hui qui il veut et quand il le souhaite et où, demain, chacun consommerait des soins de santé au même titre que n'importe quel bien ou service, ne vaut qu'à partir du moment où on postule que chacun porte une même attention à sa santé (et à son corps), possède un niveau de connaissance suffisant et toute l'information nécessaire pour prendre en charge sa santé et formuler ses attentes vis-à-vis du système de soins. A la vérité, ce modèle à la fois extrêmement libéral et en partie solvabilisé par la collectivité montre aujourd'hui ses limites, révélées par la persistance et l'aggravation des inégalités de consommation de soins (y compris préventifs) et, bien plus encore, des inégalités de santé (de mortalité, de morbidité, d'espérance de vie) dans notre pays ; et ce, malgré une offre médicale abondante, des soins curatifs globalement de bonne qualité et des dépenses de santé pléthoriques

\*44 (§3, p49) : Les variables retenues dans la détermination du budget accordé aux mutuelles pour couvrir les dépenses de santé de leurs affiliés sont celles sur lesquelles la collectivité souhaite assurer la solidarité. Ce choix est donc éminemment politique. En effet, si des contraintes financières sont imposées aux mutuelles, aux hôpitaux, aux médecins, ceux-ci seront inmanquablement amenés, pour assurer à terme leur viabilité financière, à sélectionner les patients « rentables » (financement prévu au moins égal aux coûts) et à limiter leurs affiliés – patients « non rentables » en fonction des critères choisis pour définir les budgets. Si, par exemple, les facteurs sociaux ont un impact positif sur les dépenses, ne pas les introduire comme critère dans la définition du budget amènera les mutuelles à tenter d'éviter d'avoir trop de patients socialement défavorisés parmi leurs affiliés. L'investissement dans la sélection des patients est « malheureusement » plus rentable que l'investissement dans la recherche de l'efficacité.

\*44 (§2-3, p51) : Les patients socialement défavorisés peuvent, en effet, avoir des durées de séjour plus longues à cause d'un état général moins bon, d'une sévérité des cas plus lourde, d'un environnement social moins favorable à la sortie et de difficultés plus importantes à trouver une maison de repos, des soins à domicile... vu leurs problèmes financiers.

Pour éviter de pénaliser les hôpitaux qui ont relativement plus de patients socialement défavorisés, éviter le développement d'une médecine à deux vitesses et maintenir l'accessibilité aux soins, il est indispensable de calibrer le budget en fonction de ces facteurs socio-économiques.

\*44 (ccl,p57) : Une attention particulière doit donc être portée à ces types de patients pour éviter que les acteurs de santé ne soient amenés à tenter de ne pas les prendre en charge ou de ne pas leur donner une qualité de soins suffisante. Il faut veiller à ce que chaque réforme dans l'organisation et le financement des soins de santé ne comporte pas d'incitants à pénaliser ce type de patients. C'est une condition indispensable si l'on veut éviter que les contraintes financières, que l'on veut, à juste titre, imposer aux hôpitaux pour améliorer leur efficacité, ne provoquent un développement de la médecine à deux vitesses

### 3) Peurs communes

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

\*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**

\*5 (§2,p7) : série de déterminants du non-recours apparaît (...) en particulier de l'accès aux structures sanitaires (refus de soins, fonctionnements inadaptés, représentations attachées à certains lieux de soins...) ou encore du rapport de confiance qui peut se lier – ou non – avec ces dernières et leurs professionnels.

\*5 (§2, p 14) : les obstacles à l'accès aux soins, quelle que soit leur nature (économique, géographique, symbolique, etc.), apparaissent justifiés d'être levés, en ce qu'ils sont majoritairement subis et qu'ils impliquent des conséquences telles que la défiance envers le système de santé.

\*10 (§4,p25) : Ces dénis prennent des aspects polymorphes : le guichetier qui refuse de reconnaître un droit, le médecin qui refoule sans l'étudier une demande au motif que « c'est social pas médical », les trous mités dans la couverture maladie qui détricotent la solidarité, l'impuissance de notre système de santé dont l'assujettissement à la cotation des actes le rend incapable d'accompagner correctement toutes les personnes malades ou handicapées ; les personnes exclues sont les plus fragilisées socialement ; il se trouve aussi que ce sont elles qui cumulent les facteurs de morbidité et de mortalité

\*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.

\* 14 (§2-3,p15) : L'ignorance de leurs droits, le refus de soins contre le bénéficiaires de la CMU ou de l'AME par certains médecins, l'absence de protection sociale complémentaire entraînant la prise en charge de frais médicaux souvent inaccessibles, des règles de vie différentes de « la normalité », la différence culturelle et la barrière de la langue, n'expliquent pas seulement le faible accès et le faible recours aux soins.

\*16 (§8,p1850) : Le renoncement exprime l'incapacité financière d'un individu à atteindre un niveau de soins souhaité et dépend donc d'une propension à financer les soins, par les revenus et/ou une couverture complémentaire. (...)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.

\* 6 (§2,p109) : Les professionnels travaillant dans le champ de la grande exclusion témoignent, de façon parfois insistante, des difficultés qu'ils rencontrent à accéder aux soins par la filière classique pour les personnes sans abri. Les urgences, mais également les consultations en libéral et en public, les Centres Médico Psychologique sont autant de lieux où la rencontre entre personnes sans abri et professionnels du sanitaire est rare et peu efficiente au vu des besoins : absence de recours, rendez-vous manqué, conflits, stigmatisation à l'accueil, auto-exclusion

\*38 (p.66) : contredisant le devoir républicain de fraternité, l'accès aux soins se transforme parfois en ultime parcours de déshumanisation. Faute de l'exercice d'une responsabilité clairement énoncée et assumée jusque dans nos structures, l'ignorance, l'abandon et l'indignité guettent à chaque instant les vaincus et les déçus de la « fracture sociale ».

## 5) Causes des violences

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

\*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.

\*6 (§4,p27) : Ainsi ce témoignage d'un sans chez soi toulousain dénonçant ce regard des passants qui renforce le sentiment d'une « indignité ressentie » : « Il y a tout ce que j'appelle moi les

déqualificatifs. Les gens sont déqualifiés etc. En fait, ça rappelle aux personnes que, par rapport à la « norme », ils sont pas dans la norme. Donc voilà, automatiquement le regard qu'on porte, automatiquement c'est un regard de dominant sur dominé. C'est un peu excessif, mais globalement c'est ça. »

\*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.

\* 6 (§6-7, p45) : Si la discrimination est interdite dans l'accueil du public au sein des officines, des mécanismes et des stratégies peuvent être malgré tout déployées, volontairement ou involontairement, pour décourager les personnes sans-abri à se rendre régulièrement à la même enseigne. On peut tout d'abord penser à des modes de communication inadaptés dans lesquels les maladresses ou les préjugés peuvent avoir des conséquences délétères sur la construction d'un lien de confiance: ton de la voix, langage corporel... Un accueil inapproprié peut être particulièrement stigmatisant. Ce peut être également des choses plus élaborées comme pour les personnes sans-abri bénéficiant d'un traitement de substitution aux opiacés. Ainsi, certains pharmaciens n'hésitent pas à être en rupture de stock constamment ou bien n'en posséder que le strict nécessaire. Les personnes « indésirables » sont donc invitées à revenir le jour suivant pour obtenir tout ou partie du traitement.

\*6 (§1, p59) : Si l'on se réfère au rapport européen 2006 de la FEANTSA « *le besoin est criant de promouvoir la reconnaissance des personnes sans domicile dans leur citoyenneté à part entière – c'est-à-dire avec les mêmes droits que n'importe quel autre citoyen, et de sensibiliser l'opinion à leur état de santé déplorable. Il est vital de corriger la croyance selon laquelle les personnes sans domicile sont responsables de leur situation et qu'elles ont, d'une certaine manière, renoncé à leurs droits lorsqu'elles ont perdu leur logement* ».

\* 6 (§4, p59) : Les témoignages des militants d'ATD Quart Monde le montrent clairement : « *Les gens ne vont plus se faire soigner* ». « *On est montré du doigt : la CMU c'est une étoile jaune* ». « *Toi tu es normal, tu n'es pas un vieux chien qui traîne dans la rue. Ben non, tu as une vrai Sécu* ». « *Nous on a une sous-Sécu. C'est comme ça et tu ne peux rien dire* ». « *Il faut un parcours de soins .... de bon patient.... Des patients ! De la patience tu veux dire pour attendre les rendez-vous, attendre qu'on veuille de nous, attendre qu'on nous refuse, qu'on nous mette sur une voie de garage. Ben non on n'est plus patient c'est fini !!!* ».

Ainsi les pauvres doivent faire preuve de soumission et la loi de lutte contre les exclusions n'a, de ce point de vue, que peu ou pas changé les représentations : relever du système d'assistance conserve un coût symbolique, comme l'a bien décrit I. Parizot. Le bon pauvre reste encore, comme au XIXème siècle, celui qui ne boit pas, qui est docile et qui doit se satisfaire de ce qu'on lui propose ! La logique compassionnelle enferme l'individu dans un statut d'assisté et de victime d'une société qui le considère comme un corps souffrant et non comme une personne capable de compétences. Pourtant les sans chez soi ne revendiquent le plus souvent qu'une chose : faire valoir leurs droits

\*24 (§4, p5) : Même si les relations sont dans l'ensemble plutôt bonnes avec les pharmaciens, les personnes en situation de précarité reconnaissent parfois faire preuve d'une agressivité qui est un signe de défense dû à la honte, et qui ne tient pas tant à la qualité de l'accueil qu'à un manque de confidentialité ».

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

\*12 (§1, p143) : prévention des comportements agressifs

(...) – ce qui relève des interactions avec les professionnels :

(...) Par ailleurs, faut-il redire la fragilité de la relation de confiance que le moindre mensonge, effectif ou par omission, peut briser aussi bien que le manque de disponibilité ou d'écoute ? Les patients au diagnostic incertain et qui ont tout misé sur le corps soignant prennent le risque d'être déçus. L'échec thérapeutique contient son potentiel de crise. Le droit des malades et des familles a accompagné une évolution sociale en marche. Personne ne souhaite être considéré comme un objet ou un numéro surtout dans la position de dépendance qu'implique une hospitalisation. Le public veut être informé et la loi l'y autorise désormais et il est moins facile aujourd'hui de se cacher derrière l'autorité du médecin. Savoir tout en refusant d'informer ne crée pas la confiance mais au contraire alimente la colère.

\*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.

\* 38 (p141) : Avec les toxicomanes, les grands alcooliques, les malades atteints d'affection psychiatriques, se pose tout de suite la question des moyens et des conditions. Il faut les prendre en charge sans occasionner de nouvelles difficultés avec les autres personnes que nous hébergeons. Dans certains cas, il nous faudrait bénéficier du concours de spécialistes capables de mieux identifier des situations qui nous échappent.

\*17 (§1, p31) : Nous, les normaux, essayons le plus souvent de continuer à faire comme si, en fait, lui, le stigmatisé, correspondait parfaitement à l'un des types de personnes qui se présentent normalement à nous dans la situation présente, que cela implique à nos yeux de le traiter comme quelqu'un de mieux qu'il n'est peut-être, ou de pire qu'il n'est probablement. Si aucune de ces deux voies n'est possible, il nous reste alors à tâcher d'agir comme s'il était une « non personne », absent en tant qu'individu auquel il convient de prêter une attention rituelle. Lui, de son côté, peut fort bien adopter les mêmes tactiques, du moins au début. (...) C'est le malaise.

\*17 (§1, p57) : l'attitude la plus fréquente consiste à ne pas reconnaître ouvertement ce qui en lui le discrédite, en un effort attentif d'indifférence qui s'accompagne souvent d'une tension, d'une incertitude et d'une ambiguïté ressenties par tous les participants, et surtout par le stigmatisé

\*17 (§2, p15) : Nous pensons qu'une personne portant un stigmat n'est pas tout à fait humaine. Partant de ce postulat, nous pratiquons toutes sortes de discriminations, par lesquelles nous réduisons efficacement, même si c'est souvent inconsciemment, les chances de cette personne.

\*6 (§3, p71) : Le manque d'hébergement et d'accompagnement en sortie oblige le plus souvent à allonger les durées de séjours. Ainsi ces patients peuvent apparaître comme des « bloqueurs de lits » dans les services à turn-over rapides. L'incompréhension entre soignants et soignés peut être la source de comportements de rejet, de violence et de rupture de soin.



Les patients sont alors perçus par les soignants comme étant en situation de dépendance, une dépendance insupportable car le soignant n'a aucune réponse à proposer au regard de la complexité de la situation

\*6 (§5,p25) : les professionnels s'imaginent parfois à tort que les personnes sans chez soi « ont du temps ». Cette méconnaissance des conditions concrètes d'existence conduit à des quiproquos, voire des conflits, entre professionnels et « sans abris ».

- **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) : 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 (...).

\*10 (§6,p24) : Pour un fonctionnement efficace, le référent principal doit entretenir des contacts avec les professionnels hospitaliers participant à la délivrance des soins (bureau des entrées, pharmacie, orthogénie, etc..) de façon à lever les obstacles concrets et à réduire les incompréhensions qui entravent également la prise en charge globale et l'accès aux soins

\*15 (§3,p23) : Ceux-ci se retrouvent trop souvent perdus et isolés, ballottés de consultation en guichet, de salle d'attente en couloir, sans que l'anxiété et la peur provoquées par l'hôpital ne trouvent de possibilité de soulagement

\*6 (§2,p50) : Les personnes les plus vulnérables, qui ont par ailleurs des problèmes de santé, ont plus de risque de perdre leur place en CHRS, du fait même qu'elles ne peuvent parfois pas répondre aux attentes des structures (respect des règles, construction de projets de sortie). Les retours à la rue sont alors (parfois) inévitables. Au fond pour les plus vulnérables « *L'inclusion est accompagné d'injonction : si tu arrêtes de boire je t'intègre,(...) si tu n'étais pas toi je t'intégrerais* » comme le souligne M. Benassayag que nous avons auditionné ; cette posture est impossible à tenir pour l'individu et conduit à une nouvelle rupture dans sa trajectoire de disqualification et d'exclusion.

\* 21 (§2,p55) :Cela peut amener d'ailleurs à se questionner sur une des modalités de fonctionnement de la PASS qui prévoit que tout nouveau patient soit d'abord reçu par l'assistante sociale pour la réalisation d'un premier bilan de sa situation, avant la consultation avec le médecin. Cette première étape peut être vécue avec méfiance et dans l'incompréhension, certaines demandes pouvant être assimilées à un contrôle.

\* 11 (§4,p26) : nous ne sommes pas là pour les adresser à l'hôpital, lieu qui leur fait très peur car objet de privation et bien souvent de jugement

\* 6 (§3,p25) : Quand elles essayent d'obtenir un accès à leurs droits élémentaires, les personnes à la rue sont confrontées à un ensemble de démarches à accomplir souvent irréalisables. En pratique, le mode de vie des personnes (l'itinérance voir l'errance, l'état de santé, la carence de ressources financières, les vols à répétitions) ne leur permet pas de surmonter, seules, la complexité des règles à suivre pour les différents systèmes d'aides (CMU, RMI, AAH, FSL, aide juridictionnelle, titre étranger malade, etc...). Celles-ci ne sont pas pensées en fonction des conditions d'existence des personnes sans chez soi. L'éclatement de l'offre dans un tissu urbain de plus en plus étalé oblige les personnes à

des déplacements sur de grandes distances, le plus souvent à pied. Les files d'attentes se succèdent pour rencontrer un travailleur social, manger, dormir dans un foyer, voir un médecin. Le manque de sommeil et une inversion du cycle veille/sommeil est courante, ce qui met les personnes dans des temporalités en inadéquation avec les horaires des administrations auprès desquelles elles doivent faire leurs démarches, et des associations qui pourraient leur offrir un certain nombre de services.

\*6 (§2,p26) : L'attente répétée, peut amener la personne à reconsidérer ses priorités, la volonté de se soigner décline. C'est ce que nous montre le témoignage suivant :

*« Alors les pompiers m'ont conduit à l'hôpital Nord. Là, j'ai attendu, putain, c'était long. En plus, l'infirmier ne m'a même pas regardé. J'ai été infirmier dans l'armée alors je sais de quoi je parle. J'ai attendu et puis finalement au bout d'une heure, les pompiers m'ont conduit à l'hôpital Desbieff. Et là, j'ai encore attendu, alors j'en ai eu marre et je me suis barré. (...)*

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

\*6 (§1,p71) : Le repérage des personnes « sans chez soi », lors de leur passage aux urgences, est indispensable dans l'objectif de leur proposer une prise en charge coordonnée avec les dispositifs médico-sociaux d'aval (équipe mobile, LHSS, veille sociale...). Cette prise en charge doit s'envisager en accord avec la personne dans le cadre d'un réseau. Deux objectifs seront ainsi atteints, d'une part une fonction de veille des urgences et d'autre part une transversalité de la prise en charge pour une meilleure connaissance médicale des patients et des dispositifs existants.

\*12 (§1-2,p130) : Hostilité : L'hostilité représente un état préparatoire en quelque sorte à l'agressivité. Elle est néanmoins un indice sur le vécu de la situation par le sujet. Elle débouche éventuellement mais pas nécessairement sur un passage à l'acte. Cet état d'opposition manifesté par des paroles ou des comportements de refus voire de détachement ou d'indifférence est fréquemment rencontrée dans les soins. La capacité d'autocontrôle du sujet est mise à l'épreuve mais ne cesse pas. La réaction de l'entourage sera déterminante sur les suites d'un tel état.

Agressivité : Pour naturelle qu'elle puisse paraître, pour utile qu'elle soit dans certains cas où elle est suffisamment socialisée, l'agressivité n'en demeure pas moins une situation difficile à vivre autant pour l'agressé que pour l'agresseur. Elle s'exprime dans un acte plus ou moins destructeur, plus ou moins répréhensible. Si l'on exclut certains cas de pathologies psychiatriques sévères, on doit reconnaître très souvent une double entrée à ce comportement : d'une part un facteur personnel, d'autre part un facteur environnemental. Cette conception nous ouvre la porte à des réponses possibles pour prévenir, désamorcer ou gérer au mieux des actes agressifs.

\*12 (§3,p133 + p134) : Sources de l'agressivité :

- I. Sources internes
  - A- Les sources intrinsèques au sujet
    - 1- L'anxiété et l'angoisse hors de situation stressante
    - 2- La personnalité et le caractère sont liés à un vécu passé, une éducation et une expérience et fournissent le profil du sujet plus ou moins enclin à exercer de l'agressivité
    - 3- La honte et la culpabilité sont des sentiments douloureux, et par là, cherchent à se décharger à travers des comportements agressifs (...)
- II. Sources externes
  - A- Les sources sociales et relationnelles
    - 1- La lutte pour le maintien de ses valeurs et de ses idéaux

- 2- L'atteinte de l'image sociale suite à des difficultés diverses entraînant l'abandon de certains rôles
- 3- L'absence ou la perte de confiance
- 4- La frustration , la déception ou l'échec
- 5- Le déni de sa position de sujet responsable, le déni de sa personnalité sont moins fréquents aujourd'hui où le droit et la responsabilité du malade ont été revalorisés
- 6- Le manque de reconnaissance, le sentiment d'exclusion
- 7- Les discours et attitudes contradictoires mettent la personne dans une impasse, la désorientent et l'isolent
- 8- Le manque d'information ou de dialogue
- 9- La peur et la colère provoquée par les autres

#### B. Les sources environnementales et matérielles

1. La lutte pour la survie : situation extrême et rare
2. L'incompréhension de la situation vécue
3. L'usage de produits toxicologiques
4. La peur et la colère devant l'étrangeté de l'environnement matériel

L'intérêt toutefois d'une telle liste est de rappeler que les sources de l'agressivité sont multiples et se combinent. Certaines situations sont ainsi très complexes à clarifier alors que d'autres offrent une étiologie plus simple. L'exemple d'une crise de violence dans un service d'urgences relève d'une approche multifactorielle : quelles émotions (peur..) avaient le sujet et ses proches ? Quelles informations ont été données ? Quelle attente y'a-t-il eu ? Quelle attitude ont eu les professionnels ? Quels autres facteurs de stress y avait-il dans le service ? Quel souvenir ou expérience passée a ressurgi ? Une douleur était-elle ressentie ? Et bien d'autres questions encore. Cette analyse comme toujours peut expliquer un comportement. En aucun cas elle ne le justifie. La responsabilité de chacun pour ses actes est inaliénable. Elle peut cependant permettre aux professionnels d'avoir une attitude plus adaptée à la circonstance.

\*38 (p.115) : p.115 : alors que les technosciences parviennent à leur froid apogée de performance et de pouvoirs, des hommes et des femmes de plus en plus souvent décident d'assumer, par une pratique aussi rigoureuse et inventive que possible, les valeurs et les responsabilités qui fondent leur mission de soignant. Ainsi, contre le mépris, l'arrogance et l'indifférence, une lutte a commencé. Là il ne s'agit plus seulement de « donner des soins » mais aussi et surtout de « prendre soin »

\*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.

\*38 (p137) : Nous savons cependant à quel point ce déficit d'attention et de respect de l'autre s'avère déclencheur d'angoisse chez des personnes que la maladie fragilise déjà naturellement. Mais ce que l'on a découvert en persévérant dans cette inattention, c'est que l'angoisse des patients finit par se retourner comme un boomerang contre le personnel soignant. L'inquiétude, le stress, les limites thérapeutiques deviennent alors sources réelles de dysfonctionnement. Par compensation,

elles engendrent des prescriptions excessives, une inflation de réponses techniques là où sont attendues une écoute, une prise en compte, une information respectueuse de la personne dans sa dignité et sa capacité de choix et de maîtrise de son propre destin. Ainsi s'installe un cercle vicieux qui engendre à son tour tensions et incompréhensions.

## 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 Masseur, « 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'examen 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 Bihr, 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](http://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](http://www.sante-gouv.fr) .

91) R. Robert Tremblay, Y. Perrier, « Savoir plus : outils et méthodes de travail intellectuel », 2<sup>ème</sup> 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.

