

Le patient précaire au cabinet de médecine générale : le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires

Karim Ben Hammou

▶ **To cite this version:**

Karim Ben Hammou. Le patient précaire au cabinet de médecine générale : le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01063596

HAL Id: dumas-01063596

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01063596

Submitted on 12 Sep 2014

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2014 **N°**

THESE POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

BEN HAMMOU Karim
Né le à

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE
12 juin 2014

TITRE

LE PATIENT PRECAIRE AU CABINET DE MEDECINE GENERALE

Le point de vue des généralistes ayant une expérience de soins auprès des populations précaires

Président du jury: Monsieur le Professeur Pierre DECHELOTTE
Directeur de thèse: Monsieur le Docteur Jean THIBERVILLE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESSEURS : Professeur Michel GUERBET

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H.PIGUET - C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES: MM. M-P AUGUSTIN - J. ANDRIEU-GUITRANCOURT- M. BENOZIO - J. BORDE – Ph. BRASSEUR- R. COLIN - E. COMOY – J. DALION -P. DESHAYES - C. FESSARD - J.P FILLASTRE - P. FRIGOT - J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND – G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD –MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY – P. MITROFANOFF - Mme A.M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H. PIGUET - M. SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB-R. SOYER – B. TARDIF - TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ-P. TRON - C. WINCKLER - L.M. WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY (Surnombre)	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire

M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN (Surnombre)	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine Interne – Gériatrie
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépato - Gastro – Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique – Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme. Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine

d'urgence

M. Pascal JOLY	HCN	Dermato – vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David MALTETE	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie – obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépato - Gastro – Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (Surnombre)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINE	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie – Vénéréologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST		HCN

		Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du développement et de la reproduction
M. Jean-Christophe RICHARD	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMANE	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépato-Gastro
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (surnombre)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	CB	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

<u>MAITRES DE CONFERENCES</u>

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire

M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
M. Eric DURAND	HCN	Cardiologie
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Science du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Rémi VARIN (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé

Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie immunologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Imane EL MEOUCHE	Bactériologie
Mme Juliette GAUTIER	Galénique
M. Romy RAZAKANDRAINIBE	Parasitologie

III- MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS:

M. Pierre FAINSILBERG	UFR	Médecine Générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine Générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine Générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine Générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine Générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS: Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

HB – Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS – Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaelle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 614)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 644)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse

A Marie, *pour sa patience et son amour*

A Zoé*, pour son espièglerie et son sourire*
A Nora*, pour sa tendresse et ses rires*
Puissiez-vous grandir dans la confiance en l'autre

A monsieur le Professeur Dechelotte

Président du jury

Qui a accepté de juger ce travail,

Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect

A Monsieur le professeur Macé

Qui a accepté d'évaluer cette thèse,

Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude

A monsieur le Professeur Nguyen Thanh,

Qui a accepté d'évaluer ce travail,

Qu'il reçoive tous mes remerciements et mon respect.

A Monsieur le Docteur Thiberville,

Qui a accepté de diriger ce travail,

Sois assuré de ma profonde reconnaissance pour ton infinie patience et pour ton exigence

A tous ceux qui, rencontrés au gré des maraudes, m'ont enseigné l'art de la médecine et le sens du soin.

A Chloé, ma condisciple et consœur,

Merci de m'avoir entrainé dans l'aventure de Soins pour Tous.

A Fanny, sois remerciée pour ta belle amitié et ton précieux soutien.

A tous qui ont accompagné ce travail par leurs encouragements.

Merci au Docteur Avenel pour sa gentillesse et sa bienveillance.

SOMMAIRE

SOMMAIRE **3**

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS **6**

INTRODUCTION **9**

PROBLEMATIQUE **10**

1. DEFINITIONS DE LA PRECARITE 10

1.1 Une situation dynamique 10

1.2 La metaphore du trampoline 10

1.3 Definition du point de vue psychiatrique 11

2. L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE 12

2.1 Aperçu historique des relations a l'hopital entre le sanitaire et le social en France 12

2.2 Principes presidant a la mise en place de la CMU et des PASS 14

2.3 Dispositifs CMU et PASS : etat des lieux 16

2.3.1 Dispositif CMU 16

2.3.2 Les Permanences d'Acces aux Soins de Sante 20

3. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE 22

3.1 Determinants des inegalites sociales de sante et place du systeme de soins 23

3.2 La realite de l'acces aux soins des personnes en situation de precarite 29

3.2.1 Le non-recours aux soins 29

3.2.2 Des reponses differentes du systeme de soins 32

3.2.3 Une analyse des inegalites d'acces aux soins 35

4. PLACE DE LA MEDECINE GENERALE 36

MATERIELS ET METHODE **41**

1. CHOIX DES ENQUÊTÉS 41

1.1 Criteres d'inclusion 41

1.2 Modalites de contact 41

2. MÉTHODOLOGIE DES ENTRETIENS 41

2.1 Modalites pratiques 41

2.2 Guide d'entretien 42

RESULTATS **43**

1. CARACTERISTIQUES SOCIOLOGIQUES DES MEDECINS INTERROGES 43

1.1 Donnees demographiques 43

1.2 Mode d'exercice 43

1.3 Experience avec la precarite 43
1.4 Caracterisation individuelle des medecins 44
2. RESTITUTION SYNTHETIQUE DES ENTRETIENS 45
2.1 Des medecins deja sensibilises par la question de la precarite 45
2.2 Difficultes d'acces aux soins constatees par les generalistes interroges 46
2.2.1 Defaut d'information sur les dispositifs medico-sociaux 46
2.2.2 La salle d'attente, un probleme relatif 46
2.2.3 Pousser la porte 48
2.2.4 Prendre rendez-vous 49
2.2.5 Difficultes lors de la consultation 50
2.2.6 Le paiement a l'acte 51
2.3 Quels impacts sur les pratiques de ville des medecins interroges 53
2.3.1 Une meilleure connaissance de la population en grande precarite permet d'adapter la pratique au cabinet du generaliste 53
2.3.2 Une meilleure connaissance du reseau social facilite l'orientation 53
2.3.3 Le travail en reseau avec les travailleurs sociaux facilite la relation medecin malade 54
2.3.4 Prise de conscience des besoins de formation 55
2.3.5 « Non ça n'a rien change » 55
2.4 Projections du cabinet de ville ideal : quelle structure de premier recours pour elargir l'acces aux soins aux plus demunis ? 56
2.4.1 Un regroupement pluridisciplinaire 56
2.4.2 « Aller vers » 57
2.4.3 Le dispensaire, une solution ? 58
2.4.4 Le seuil d'exigence 60
DISCUSSION 61
1. CRITIQUE DE LA METHODE 61
1.1 Subjectivite de l'enqueteur 61
1.2 Choix de la recherche qualitative 61
1.3 Echantillonnage 61
1.4 Elaboration du guide d'entretien 61
1.5 Saturation des donnees : 62
2. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES STRUCTURES DE SOINS SPECIFIQUES AU TRAVERS DES ENTRETIENS: 62
2.1 Le travail en equipe pluridisciplinaire 62
2.2 La temporalite permise par le travail dans une structure dediee a la precarite. 63
2.3 Le travail en reseau 64

2.4 La principale critique faite aux dispositifs de soins specifiques a la precarite dans nos entretiens est le risque de laisser une population vulnerable aux marges du systeme commun de la sante. 65

3. LES CONDITIONS POUR UN ACCUEIL DU PATIENT PRECAIRE AU CABINET DU GENERALISTE 66

3.1 Le patient precaire, de qui parle-t-on dans les entretiens? 66

3.2 Le patient precaire qui pose probleme 67

3.3 Le patient precaire qui pose question 69

3.4 Le patient precaire dont il a peu ete question 70

4. LE PATIENT EN SITUATION PRECAIRE, LA CONFIANCE ET LE MEDECIN 71

DEUX EXEMPLES D'ORGANISATION DE SOINS PRIMAIRE TENANT COMPTE DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE 74

1. RESEAU ASDES (ACCES AUX SOINS, AUX DROIT ET EDUCATION A LA SANTE) 74

1.1 PRESENTATION DU RESEAU 74

1.1.1 Qui peut en beneficier? 74

1.1.2 Les acteurs: 75

1.1.3 Les resultats : 75

1.2 Interet pour le generaliste 77

2. UN EXEMPLE DE DEMARCHE EN SOINS PRIMAIRE, LA CASE SANTE A TOULOUSE 78

2.1 Le statut 78

2.2 L'equipe 78

2.3 Les roles 78

2.4 Les missions 79

2.5 Une vision transversale de la sante 80

CONCLUSION 81

BIBLIOGRAPHIE 83

ANNEXES 88

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

AAH	Allocation Adulte Handicapé
ACS	Acquisition d'une Complémentaire Santé
AMD	Aide Médicale Départementale
AME	Aide Médicale d'État
ARS	Agence Régionale de Santé
CASO	Centre d'Accueil de Soins et d'Orientation
CASP	Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CDAG	Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CES	Centre d'Examen de Santé
CETAF	Centre Technique d'Appui et de Formation
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CISP-2	Classification Internationale des Soins Primaires (2ème version)
CMU	Couverture Maladie Universelle
CMU-C	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CREDES	Centre de Recherche, d'Études et de Documentation en Économie de la Santé (devenu IRDES)
CSST	Centre de Soins Spécialisés pour Toxicomanes
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (supprimée depuis la mise en place des ARS)
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (remplacée par la DGOS depuis mars 2010)

DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (supprimée depuis la mise en place des ARS)
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
EMPP	Équipe Mobile Psychiatrie-Précarité
EPICES	Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES
ETHOS	European Typology on Homelessness and housing exclusion
FEANTSA	Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris
FNARS	Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale
HALDE	Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Égalité
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances
INED	Institut National des Études Démographiques
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MDM	Médecins Du Monde
NORES	Non Recours aux Soins des actifs précaires
ODENORE	Observatoire DEs NOn-REcours aux droits et services
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONPES	Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
ONSMP	Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité
ORSPERE	Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
RMI	Revenu Minimum d'Insertion

RSA	Revenu de Solidarité Active
SDF	Sans Domicile Fixe
SOHU	Service d'Orientation pour l'Hébergement en Urgence
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMAPPP	Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées
UMAS	Unité Mobile d'Accompagnement Social
URAS	Unité de Reconquête de l'Autonomie Sociale

INTRODUCTION

L'ajustement des soins aux besoins de santé de chaque patient, et ce, quelle que soit sa position sociale, est une difficulté quotidienne et essentielle en médecine générale.

Notre expérience personnelle en tant que soignant auprès des personnes sans domicile fixe nous a amené à constater les difficultés d'accès aux soins rencontrées par ces populations, et particulièrement les difficultés d'accès aux soins en médecine de premier recours entraînant des consultations , parfois trop tardives, parfois inappropriées, aux services portes des hôpitaux. Malgré les indéniables progrès consécutifs à la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Ces difficultés d'accès aux soins ne touchent pas que les personnes vivant l'exclusion ou la grande pauvreté. L'ensemble des acteurs sanitaires et sociaux font le constat de l'émergence, depuis plus de vingt ans, de difficultés d'accès aux soins qui touchent près de 20% de la population résidente en France. Ces difficultés d'accès aux soins font partie de la problématique des inégalités sociales de santé

Concernant la première ligne du système de santé, constituée en majorité par les généralistes exerçant en libéral, quelles sont les difficultés qui font obstacles à l'accueil de ces patients ?

Pour écarter la question des représentations négatives que peuvent avoir les médecins de ces personnes en situations précaires, question révélée avec acuité par le phénomène des refus de soins, nous avons choisi d'interroger des généralistes qui ont ou qui ont eu une pratique médico-sociale auprès des populations précaires. En formant l'hypothèse que cette expérience a favorisé leur prise en charge au cabinet de ville.

Quels seraient les ajustements dans la pratique de médecine générale pour élargir encore l'accès aux soins de premier recours en ville aux patients précaires ? Sont-ils envisageables ?

PROBLEMATIQUE

1. DEFINITIONS DE LA PRECARITE

1.1 Une situation dynamique

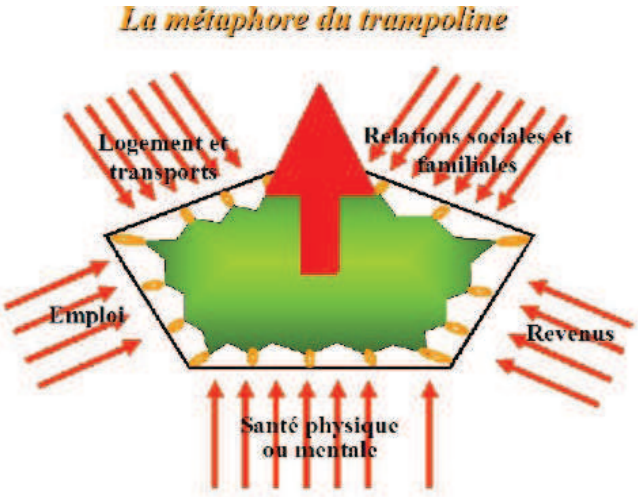
La notion de précarité recouvre des réalités hétérogènes. Par exemple la vieillesse, la maladie mentale, le handicap sont des facteurs de précarité, mais aussi le chômage ou l'immigration.

Si les premiers de ces facteurs sont des phénomènes individuels, les autres sont des phénomènes sociaux. Si chacun de ces facteurs induit une fragilité, une instabilité, ils n'entraînent pas obligatoirement une personne vers la pauvreté ou la misère, mais ce serait plutôt leur accumulation, ou leur répétition, à un moment donné de l'***histoire d'un sujet*** dans sa résistance à l'adversité.

Ainsi en 1998 le Haut Comité de Santé Publique reprend la définition du Père Wresinski et affirme que « La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale ». (1)

1.2 La métaphore du trampoline

Le Dr Pierre Larcher(2), Chargé de Mission « santé précarité » à la Direction Générale de l'Action Sociale, s'appuie sur la définition donnée en 1987 dans le rapport Wresinski et propose la métaphore du Trampoline pour expliquer « le cumul progressif de précarités de causes diverses aboutissant d'abord à la pauvreté, puis à l'exclusion. »



Voici comment il illustre ce schéma:

« Que l'ambiance avec les collègues de travail se dégrade ou que les relations avec la hiérarchie se tendent, et c'est un élastique qui saute. Que les acquis professionnels deviennent obsolètes pour une sténodactylo du fait des progrès de la bureautique, et c'est un autre élastique qui saute, toujours du même côté. Que du côté de la santé, ces difficultés provoquent des insomnies, une fatigue croissante qui débouche sur une dépression (un autre élastique qui saute), et les relations intra-familiales peuvent en pâtir, pouvant être à l'origine d'une baisse d'attention, voire d'un accident du travail.

Coup sur coup, ce sont des élastiques qui lâchent sur trois côtés différents. Qu'un ennui financier vienne se surajouter (une réparation sur la voiture, une machine à laver ou un réfrigérateur à changer avant l'échéance…) et s'enclenche un processus d'endettement qui provoquera le lâchage de plusieurs autres élastiques. Le premier secteur sur lequel on tentera de faire des économies sera l'alimentation, amenant d'autres problèmes de somnolences, de malaises, de troubles digestifs, de déséquilibres en minéraux essentiels ou en vitamines… ».

« Le trampoline commence à rebondir de plus en plus mal, et chaque secousse l'ébranle davantage, avec des risques de déchirure. C'est souvent au travail que retentit le coup de grâce. D'un coup, ce sont plusieurs élastiques qui sautent (confiance en soi, revenus suffisants, relations de confiance avec les voisins…). Risquent de s'ensuivre d'autres déboires qui seront autant de lâchages supplémentaires qui équivalent à la déchirure fatale, provoquant une chute qui risque d'être définitive. »

1.3 Définition du point de vue psychiatrique

Jean Furtos (3), psychiatre et directeur scientifique de L'observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité, définit quatre stades de précarité socio-psychologiques :

« **Premier stade** : La perte est pensable, c'est la précarité normale ou zone d'inclusion. Elle peut produire des souffrances sans empêcher de vivre.

Deuxième stade : La précarité exacerbée ou zone de vulnérabilité à la perte possible. Celui qui a peu ou pas perdu sur le plan économique commence à avoir peur de perdre : « A quand mon tour ? » La souffrance commence d'empêcher de vivre.

Troisième stade : C'est celui de la vulnérabilité assistée : il y a perte des objets sociaux. La souffrance psychique susceptible d'empêcher de vivre peut être compensée par les modalités concrètes et subjectives de l'aide sociale. Cette souffrance est repérée sur les lieux du social et non dans le champ sanitaire. [...] Les personnes ont encore un désir qui permet d'animer un projet. A ce stade, il suffit que la personne qui éprouve de la honte et du découragement entre dans une relation de respect et d'aide pour qu'elle retrouve courage et fierté.

Quatrième Stade : Tout ou presque est perdu, même l'estime de soi. C'est la précarité avec désaffiliation, exclusion. C'est le stade où la souffrance empêche de souffrir. A partir de la précarité exacerbée, il est possible de passer le seuil par lequel on entre dans l'exclusion, la désaffiliation sociale (perte du sentiment d'être citoyen reconnu), qui entraîne souvent en même temps des ruptures familiales. [...] . Les ruptures du lien social s'accompagnent de problèmes de santé graves sur le plan somatique et de troubles de comportement. »

Ici apparaît la notion de ***réversibilité***. Se retrouver en situation de précarité n'est pas inéluctable. La dynamique peut devenir positive, «Contrairement à l'exclusion, qui inscrivait durablement la pauvreté aux marges de la société et en faisait par là même un problème résiduel, la précarité s'inscrit dans le cadre de régulations globales et dynamiques de la société. »(4).

2. L'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

« La nation assure à l'individu et à sa famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, au vieux travailleur, la protection de la santé, de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. »

Préambule de la Constitution de 1946 repris dans la Constitution de 1958

2.1 Aperçu historique des relations à l'hôpital entre le sanitaire et le social en France

D'après «Accès aux soins à travers l'histoire des institutions d'hébergement et de soins, l'histoire des Hôpitaux» G. MOUTEL, C. HERVE (5)

La naissance de l'hôpital moderne commence avec la Révolution Française. L'Hôtel-Dieu ou l'Hospice qui accueillait les pauvres, les malades, les vieillards et les orphelins est consacré comme lieu de soin et le pouvoir est transféré du religieux aux médecins.

Fait suite une longue période de maturation pour aboutir en 1941 à l'hôpital moderne.

En effet la loi du 21 décembre 1941 et son décret d'application du 17 avril 1943 consacrent juridiquement l'hôpital comme un établissement sanitaire et social et posent les bases de l'institution moderne. La loi crée la fonction de directeur ainsi que la commission consultative médicale devenue, par la loi du 24 juillet 1987, la commission médicale d'établissement. En 1943 apparaissent les premiers statuts des médecins hospitaliers.

C'est alors que l'hôpital, jusque-là réservé aux indigents, s'ouvre à toutes les classes de la société.

En 1945, la création de la Sécurité sociale permet l'accès aux soins médicaux pour tous. La pratique médicale est profondément transformée par la technique, que ce soit dans le domaine des examens complémentaires ou de la thérapeutique. La mise sur le marché de médicaments tels les sulfamides et la pénicilline permet une révolution thérapeutique médicamenteuse qui se poursuit encore. L'évolution continue des techniques d'investigations de plus en plus performantes (artériographie, endoscopie, médecine nucléaire, scanner, IRM...) impose des choix économiques. Au début, seul l'hôpital peut concentrer en son sein des investissements aussi lourds. Cette technologie nouvelle est servie par des spécialistes qui sont détenteurs d'un savoir qui n'est plus à la portée de tous. L'anesthésiste, le réanimateur, le radiologue, l'anatomo-pathologiste... font irruption dans la hiérarchie hospitalière. La primauté de la clinique s'efface au profit d'une formation scientifique susceptible de former également les techniciens et les chercheurs de cette nouvelle médecine. Cela se traduit par l'ordonnance du 30 décembre 1958, qui institue la fusion de l'hôpital et de la faculté de médecine en créant les CHU (Centres Hospitaliers Universitaires).

Entre 1950 et 1980, l'hôpital public vit une période d'explosion des effectifs. Son financement se fait par le prix de journée, une dotation annuelle pour sa trésorerie et ses travaux, et il a l'autorisation de financer ses investissements par l'emprunt. Ses effectifs décuplent en 50 ans (pour atteindre près de 3% de la population active aujourd'hui), plus de 100 métiers s'y côtoient. Plus de 100 000 lits d'hôpitaux sont créés entre 1962 et 1975. Les directeurs de CHU ont pour objectif d'en faire des lieux de référence et ainsi réhabiliter l'hôpital public. La volonté d'en faire des structures de plus en plus spécialisées se traduit parfois par une véritable course aux équipements. Ainsi un déséquilibre se créé entre le développement d'un sanitaire de pointe et la mission médico-sociale. Cela se traduit par la loi de 1975 qui sépare le sanitaire du médico-social.

Mais la crise économique a des conséquences sur la population, la montée du chômage, en particulier. L'hôpital se trouve maintenant écartelé entre sa mission de service public qui l'oblige à accueillir les démunis et des contraintes budgétaires fortes, écartelé aussi entre une médecine généraliste et une médecine de pointe spécialisée et axée sur l'efficacité. Les options nouvelles prises par l'hôpital paraissent incompatible avec sa mission traditionnelle d'accueil et d'hébergement des pauvres. L'hôpital dans cette situation d'urgence s'adapte. Témoin l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) qui apporte une réponse avec l'ouverture d'abord provisoire de lits de soins infirmiers et la mise en place de dispositifs de précarité dans certains de ses hôpitaux. Mais de plus en plus souvent les urgences servent de consultation pour une population qui n'a pas les moyens de faire une avance financière, sans parler du retard aux soins qui fait que l'on voit des gens arriver avec des pathologies avancées.

Remontant de la société civile, s'enclenchent et se réactualisent des réflexions sur d'une part la mission de service public des hôpitaux et d'autre part sur les relations entre la santé et le social.

C'est pourquoi des lois de 1991 et 1994, plusieurs circulaires ministérielles, en 1990, 1993 et 1995, ainsi que la loi d'orientation du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions sont venues redonner aux établissements publics de santé un rôle officiel dans le combat contre la pauvreté, en les encourageant à inscrire leurs actions au sein de réseaux associant les professions, institutions et associations compétentes en matière d'insertion.

2.2 Principes présidant à la mise en place de la CMU et des PASS

Il est intéressant de considérer les réflexions qui ont conduit à la création de la CMU et des PASS. Réflexions se situant dans les champs du droit, de l'éthique et de la santé publique.

Amartya Sen, prix Nobel d'économie 1998, a largement contribué à la réflexion contemporaine sur la justice sociale. Il introduit le concept de «capabilité»(6). Cette notion désigne les moyens dont disposent concrètement les individus pour réaliser leur liberté, leur choix de vie. Il ne suffit pas de donner à tous les mêmes droits et les mêmes moyens, il faut aussi tenir compte des capacités individuelles à les faire valoir, à les utiliser.

L'apparition du chômage de masse dans les années 70 et sa pérennisation amènent à reconsidérer la protection sociale dans les années 80. Un grand nombre de personnes se trouvent rejetées dans la pauvreté alors qu'elles sont aptes au travail.

L'action des associations, au premier rang desquelles ATD Quart Monde, appuyée par les travaux du Conseil Économique et Social, ont contribué à penser la pauvreté comme une privation de droit fondamentaux qui peut conduire à l'exclusion de la citoyenneté.

Dès lors «les personnes en difficultés sont donc moins considérées comme inadaptées que comme des citoyens dotés de droits fondamentaux qu'il s'agit de faire valoir»(7). Dont le droit à la santé.

La Précarité est alors définie comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (1).

Malgré la réaffirmation incessante par le Code de Déontologie médicale ou par le législateur du droit à l'accès aux soins, une enquête du CREDES montre en 1996 qu'un quart des français a renoncé à des soins au moins une fois pour des raisons financières posant la question de l'accès effectif aux soins. (8)

Une enquête de 1998 relève que les chômeurs sont particulièrement touchés puisque 29 % d'entre eux déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. De même, parmi les bénéficiaires du RMI ou de l'AMG, le taux de renoncement est pratiquement le double de celui des autres personnes (9).

Par ailleurs des expériences pilotes telles que le CHAPSA de Nanterre en 1984 ou encore la création du SAMU social en 1993 fait émerger une «clinique de la désocialisation» et la nécessité d'une prise en charge globale médico-psycho-sociale dans de petites structures intermédiaires entre la rue et l'hôpital, à l'intention des personnes vivant la grande précarité ou l'exclusion. Les travaux sur la prise en charge globale vont dans ce sens: les patients les plus 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. » (10)

C'est ainsi que suite à la loi d'orientation de 1998, sont mis en place en 1999 les PASS qui affirment la mission médico-sociale de l'hôpital public et la CMU, puis la CMU complémentaire, qui améliorent l'égalité devant l'accès aux soins.

2.3 Dispositifs CMU et PASS : état des lieux

2.3.1 Dispositif CMU

La CMU complémentaire a été instaurée pour permettre l'accès aux soins des populations les plus défavorisées. Créée par la loi du 27 juillet 1999, la CMU a pris la succession de l'aide médicale départementale (AMD), en simplifiant le dispositif et en confiant l'ouverture du droit aux caisses d'assurance maladie. La CMU-C a été conçue pour apporter une couverture complémentaire au dernier décile de la population, soit les personnes dont les revenus se situent au niveau du seuil de pauvreté (à 60 % du salaire médian).

✓ ***Les critères d'attribution :***

La CMU de base

La couverture maladie universelle de base, accordée pour un an, permet l'accès à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie. Ses bénéficiaires doivent résider en France de manière stable et régulière depuis plus de trois mois et ne pas disposer d'un autre droit à l'assurance maladie.

Avec la seule CMU de base (sans assurance complémentaire), le bénéficiaire est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire de la part non prise en charge par l'assurance maladie. Au-dessus d'un plafond (9534 € par an à compter du 1er octobre 2013), une cotisation de 8 % est due. La cotisation est gratuite pour les allocataires du RSA ou si la CMU-C a déjà été accordée.

La CMU complémentaire

La couverture maladie universelle complémentaire est également accordée pour un an. Elle permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite gérée soit par le régime de sécurité sociale de base, soit par un organisme complémentaire au choix du bénéficiaire. Pour bénéficier de la CMU-C, les ressources annuelles des demandeurs doivent être inférieures à un plafond qui varie selon la composition du foyer.

Ce dispositif prend en charge le ticket modérateur pour les soins de ville et hospitaliers, et le forfait hospitalier. Au-delà des tarifs de l'assurance maladie, des forfaits de dépassements pour les prothèses dentaires et les appareillages sont également pris en charge. C'est donc la possibilité d'accéder à l'ensemble du système de soins sans dépense à charge et sans avance de frais (le tiers payant est de droit pour le bénéficiaire ; le professionnel de santé est payé par l'assurance maladie et il doit respecter les tarifs de convention – dépassements interdits).

✓ ***L'aide au paiement d'une complémentaire santé***

L'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), nommée dans la loi "crédit d'impôt", est réservée aux personnes dont les ressources sont modestes, mais supérieures au seuil d'accession à la CMU. Son montant est établi pour chaque personne couverte et varie en fonction de l'âge.

✓ ***L'Aide Médicale d'État (AME)*** est attribuée aux étrangers en situation irrégulière, sous condition de ressources, pouvant justifiés d'une identité et d'une présence ininterrompue d'au moins trois mois sur le sol français, et, comme pour la CMU, d'une domiciliation. Par ailleurs, les étrangers ne résidant pas en France peuvent bénéficier de l'AME à titre humanitaire en cas de mise en jeu du pronostic vital, d'altération grave et durable de l'état de santé, de maladie contagieuse mettant en danger la santé publique ou de pathologie de la grossesse

Métropole

Nbre de personnes	Plafond CMU-C/AME		Plafond ACS	
	Annuel	*Mensuel**	*Annuel*	*Mensuel**
1	8593	716	11600	967
2	12889	1074	17401	1450
3	15467	1289	20881	1740
4	18045	1504	24361	2030
5	21482	1790	29001	2417
Par personne en +	+ 3437,182	+ 286,432	+ 4640,196	+ 386,683

✓ ***De qui s'agit-il ?***

(Sources : rapport 2013 du Fond CMU)(11)

Alors que la population générale se répartit en quatre tranches d'âges (mois de 19 ans, 20-39 ans, 40-59 ans et 60 ans et plus) relativement homogènes, pour la CMU-C, les moins de 20 ans représentent 44,2 % des bénéficiaires et les plus de 60 ans n'en représentent que 4,7 %. Cette faible proportion des séniors s'explique en partie par le fait que les personnes qui n'ont pas suffisamment cotisé aux régimes de retraite pour pouvoir bénéficier d'un revenu d'existence à l'âge de la retraite sont potentiellement éligibles à l'ASPA. Or, cette allocation dépasse le montant du plafond de la CMU-C, orientant ainsi les personnes concernées vers l'ACS. Seuls les bénéficiaires de la CMU-C hommes, dans la tranche d'âge 20 – 39 ans, sont représentés dans une proportion proche de celle de la population. En dehors des moins de 19 ans, les femmes sont majoritaires dans toutes les tranches d'âge. Ce constat est à mettre en lien dans la répartition « assurés / ayants-droit », avec une majorité de femmes assurées dans ces tranches d'âges.

La prestation est donc plus fortement utilisée dans des foyers de femmes jeunes seules avec leur enfant : ce constat ne fait que corroborer les diverses études sur la pauvreté qui indiquent qu'il s'agit d'une population particulièrement vulnérable. En 2011, 83 % des emplois à temps partiel sont occupés par des femmes. Les mères de famille cumulent un taux important de chômage, d'inactivité, une plus grande exposition aux emplois atypiques (temps partiel, contrat à durée déterminée, emplois aidés) et de plus faibles revenus.

La population des jeunes et des enfants est très fortement représentée dans le public bénéficiaire de la CMU-C. Cette forte représentation des jeunes indique que la CMU est un facteur

important pour assurer la sécurité économique des familles modestes, dont le budget pourrait facilement être déstabilisé par le coût des soins de santé.

✓ *Évolution des effectifs*

Depuis l'origine, le nombre de bénéficiaires est relativement stable : entre 4 et 5 millions de personnes protégées. En 2008, 4,2 millions de personnes bénéficiaient de la couverture maladie universelle complémentaire. Les effectifs de la CMU complémentaire sont passés de 4,12 millions fin 2009 à 4,9 millions fin 2013 alors que la population cible, pour 2012, se situe dans une fourchette allant de 5,0 à 5,9 millions de personnes pour la CMU-C. La progression a été régulière de 2009 à 2012 et s'est accélérée en 2013 (+ 8,3%)

. . À fin décembre 2013, sur 12 mois glissants, le nombre de bénéficiaires de l'ACS s'établit à 1,2 million. Il est en hausse de 15,1 % par rapport à l'année 2012, tous régimes confondus.

Répartition des effectifs par rapport à la population

Si l'on retient les effectifs des principaux régimes (CNAMTS, RSI, MSA), pour la métropole, les effectifs au 31 décembre 2013 représentent 7,5 % de la population.

Pour les départements d'outre-mer, la proportion de bénéficiaires de la CMU-C par rapport au nombre d'habitants est de 30,4 %.

En métropole, les proportions les plus importantes de bénéficiaires se situent dans la Seine-Saint-Denis 13,1%, le Nord-Pas-de-Calais, 10,5 %, les Bouches-du-Rhône 10,7 % et la Provence-Alpes-Côte d'Azur, 7,40 %. La proportion la plus faible se compte en Bretagne, 3,40 %.

Satisfaction des bénéficiaires/recours aux soins

(D'après rapport 2013 du Fond CMU)(11)

L'indice de satisfaction sanitaire des bénéficiaires de la CMU complémentaire, basé sur la santé perçue, s'établit à 6,86 / 10 pour 2012. La note de santé perçue est de 7,18 pour les non bénéficiaires. Même si l'écart reste faible, l'objectif reste que la note de santé de perçue pour les bénéficiaires de la CMU-C atteigne au moins 7. En 2006, l'écart était de 0,62 point. Sa diminution se retrouve dans l'augmentation régulière de la note de santé perçue pour les bénéficiaires (+ 0,25 point), là où la note pour les non bénéficiaires est légèrement plus faible qu'en 2006 (- 0,05 point).

Évolution de la note de santé perçue pour les bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C, 2006 - 2012, données redressées

Données redressées	Note de santé		
	CMUC	Non CMUC	Écart
2006	6,61	7,23	0,62
2007	6,57	7,20	0,63
2008	6,73	7,22	0,49
2009	6,80	7,23	0,43
2010	6,89	7,24	0,35
2011	6,92	7,20	0,28
2012	6,86	7,18	0,32
Évolution 2011 - 2012	-0,06	-0,02	0,04
Évolution 2006 - 2012	0,25	-0,05	-0,30

Source : CETAF

L'indicateur de santé perçue est une donnée synthétique de l'état de santé réel des individus mais également de leur place par rapport au système et à l'offre de soins. Il est fréquemment utilisé dans la littérature internationale comme marqueur synthétique de santé et pour identifier les inégalités sociales de santé. Cet indicateur apparaît en effet significativement associé à des données de santé générale (mortalité) ou à des indicateurs spécifiques (hyperglycémie, obésité). On estime que la personne à une bonne perception de sa santé lorsque la note atteint au moins 7.

Cependant il faut noter que cet indicateur comporte ses limites: le risque est qu'il puisse masquer les inégalités sociales de santé. En effet La France se situe à un niveau élevé d'inégalités sociales de santé si la mortalité est l'indicateur utilisé. En revanche, si la santé perçue est l'indicateur de choix, alors les inégalités apparaissent peu marquées dans notre pays (12).

En 2012, l'écart de non recours au médecin, entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C est de 4,60 points. Il a augmenté de + 0,70 point entre 2011 et 2012 et dépasse très légèrement (+ 0,05 point) l'écart constaté en 2006. Le non recours a progressé de + 0,60 point entre 2011 et 2012 pour les bénéficiaires de la CMU-C, là où il a légèrement régressé (- 0,10 point) pour les non bénéficiaires. Dans les deux cas, le taux de non recours au médecin en 2012 est supérieur à celui de 2006 (+ 0,18 point pour les bénéficiaires et + 0,13 point pour les non bénéficiaires).

Nous aborderons plus loin ce que recouvre la problématique de l'accès aux soins et du non recours aux soins.

2.3.2 Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place, dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé, et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. Ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

L'évaluation de ce dispositif a moins bénéficié d'études et d'évaluation que le dispositif CMU. Les données sont donc plus anciennes ou plus partielles.

La synthèse portant sur l'évaluation des PASS à partir des études ou rapports réalisés en 2003 par l'IGAS, l'ANAES et GRES MEDIATION SANTE et publiée en 2005 (13) apporte un certain nombre d'éléments :

La population utilisant les PASS

L'étude transversale réalisée par GRES MEDIATION SANTE montre que la grande majorité des publics des PASS sont en grande précarité sociale, n'ont pas de couverture sociale, vivent seuls, n'ont pas de logement personnel et sont sans ressources.

L'étude longitudinale commandée par l'ANAES relève que les patients consultant dans les PASS cumulent plusieurs facteurs de précarité : précarité du logement, des liens sociaux, de ressources…, qu'ils ne bénéficient pour la plupart d'aucune couverture sociale, qu'ils sont jeunes (moyenne d'âge 35 ans). Elle mentionne que la majeure partie des consultants est d'origine étrangère et plus d'1/3 d'entre eux ne parlent pas français, ce qui constitue un facteur d'exclusion supplémentaire. Elle relève, plus précisément que les personnes nées en France sont le plus souvent isolées alors que les personnes nées à l'étranger se retrouvent plus souvent sans ressources.

Elle remarque par ailleurs que les pathologies digestives et ostéo-articulaires sont plus fréquentes chez les populations d'origine étrangère et les troubles psychiques et les conduites addictives chez les personnes nées en France.

40% des patients sont déjà venus.
49% n'ont pas de logement personnel (hors non réponses : 28%).
56% sont sans ressources (hors non réponses : 26%).
42% sont sans couverture sociale à l'entrée de la PASS et 10% bénéficient de a CMU de base et la CMU complémentaire.
Comme dans l'enquête transversale, la classe d'âge la plus représentée est celle des 18-39 ans

Dans les grandes agglomérations les publics sont soit sans couverture sociale, soit bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME). Ils recourent aux PASS plutôt pour des problèmes infectieux, dentaires, dermatologiques et sont rarement hospitalisés.

Dans les petites ou moyennes agglomérations les publics ont, plus fréquemment que dans les grandes villes, une couverture sociale, plus ou moins complète (par la voie de la CMU complémentaire ou au titre d'une affection de longue durée), mais sont chômeurs, sans logement ou en hébergement provisoire. Ils recourent aux PASS, le plus souvent pour des problèmes traumatologiques, d'addiction ou psychiatriques. La prise en charge qui en résulte est médicale, sociale et infirmière avec souvent une hospitalisation. Leurs difficultés d'accès à la santé sont liées notamment à l'insuffisante mobilisation des médecins libéraux à l'accueil de patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'AME. A noter que dans les zones rurales les personnes âgées sont davantage représentées.

Partenariat

Les enquêtes relèvent que la majorité des PASS ont su établir un partenariat extérieur actif avec les acteurs sociaux, les caisses d'assurance maladie et les structures d'hébergement, mais trop peu avec les médecins généralistes ; la concertation entre les professionnels de santé et sociaux pour la prise en charge des publics précaires reposent sur l'implication de soignants référents bien identifiés au sein des PASS. L'efficacité des PASS peut être améliorée par la mobilisation des acteurs de ville et par la mise en place d'un médecin référent au sein de la PASS (cf. annexe 2 : recommandations 2008 de la DHOS pour l'organisation d'une PASS).

L'association Médecin du Monde (14) porte un regard plus sévère sur ce dispositif à l'élaboration duquel elle a contribué :

«En 2007, sur les 500 permanences d'accès aux soins de santé prévues par la loi pour accueillir toute personne en situation de précarité, seules 369 ont été créées, dont une très grande majorité ne remplit pas le cahier des charges. Leur fonctionnement est par trop inégal : près de la moitié des PASS ne reçoivent pas les patients qui n'ont pas de droit à une couverture maladie. Pourtant, il est dans leur mission de recevoir tous les patients en situation de précarité, quelle que soit leur situation administrative. Les soins sont parfois différés en l'attente de l'ouverture des droits, ce qui peut conduire à un retard ou un non recours aux soins.

Certaines PASS ne fonctionnent pas en continu ; leurs capacités d'accueil sont parfois saturées, en raison des plages horaires limitées. L'accès aux consultations spécialisées au sein de l'hôpital (dentaires, ophtalmologiques ou psychiatriques) est souvent difficile, de même que l'accès au plateau technique. La remise des traitements à la suite des consultations n'est pas garantie dans toutes les PASS».

En 2009, dans un article publié dans la Revue de Médecine Interne, le Dr J. Lebas (15) souligne l'arrivée d'un nouveau type de population dans les PASS. Il s'agit de personnes mieux intégrés socialement mais restant en marge du système de soins faute de complémentaire. Le reste à charge est pour ces malades un obstacle au recours à la médecine libérale classique. Ce rapport souligne aussi le fait que les PASS restent encore mal connues, les orientations vers elles se faisant principalement par les associations et le bouche-à-oreille.

Un rapport de Médecin du Monde (16), publié en août 2010, fait la synthèse d'une étude réalisée dans 23 villes au sujet des PASS. Il met en évidence, malgré la grande diversité de moyen et d'organisation des PASS, un manque de personnel médical dédié, un manque de formation et d'information des professionnels hospitaliers sur ces dispositifs. Sur 37 hôpitaux, la majorité ne respecte pas l'obligation d'accueil des patients démunis : seules 8 PASS accueillent tout patient quel que soit ses droits.

3. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

Pourquoi parler d'inégalités s'agissant de disparités de mortalité entre les femmes et les hommes ou entre les régions par exemple ? Pour P. Aiach et D. Fassin (17), deux conditions doivent être réunies pour définir un état d'inégalité : premièrement, est qu'il doit s'agir d'un objet socialement valorisé, ici la santé, et deuxièmement, que cet objet concerne des groupes sociaux hiérarchisés dans une position dominant/dominé. Ainsi les différences de consommation médicales ne sont des « inégalités que si les disparités ont des effets sur la santé des groupes [sociaux] en termes de décès, de maladies, de handicaps, de souffrances ou encore de charge financière sur le revenu, en rapport avec des relations sociales hiérarchisées; dans le cas contraire, on parle de différences. »

3.1 Déterminants des inégalités sociales de santé et place du système de soins

La France et les pays de même niveau socio-économique ont connu une évidente amélioration de l'état de santé de leur population. Les indicateurs de santé publique, comme l'allongement de l'espérance de vie, le recul de la mortalité infantile, en attestent.

Pourtant ces améliorations ne profitent pas à toutes les catégories socio-professionnelles (CSP) de façon équitable. En effet, en France particulièrement, les cadres ont gagné plus d'années de vie que les ouvriers, ce constat a été fait dès les années 1970 avec les travaux de l'Insee et en 1999, à 35 ans, un ouvrier a une espérance de vie réduite de 7 ans par rapport à celle d'un cadre ou d'un professionnel libéral. Il est actuellement de 9 ans. Cet écart est de trois pour les femmes (18)

L'analyse des différences entre CSP pour les indicateurs de morbidité, de santé perçue, d'invalidité, ou pour des pathologies spécifiques amène au même constat.

Espérance de vie à l'âge de 35 ans
(Unité : années)

	Hommes			Femmes		
	1976-1984	1983-1991	1991-1999	1976-1984	1983-1991	1991-1999
Cadres supérieurs	41,5	43,5	46	47,5	49,5	50
Professions intermédiaires	40,5	41,5	43	46,5	48	49,5
Agriculteurs	40,5	41,5	43,5	45,5	47	48,5
Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	39,5	41	43	46	47,5	49
Employés	37	38,5	40	45,5	47,5	48,5
Ouvriers	35,5	37,5	39	44,5	46,5	47
Inactifs non retraités	27,5	27,5	28,5	44,5	45,5	47
Ensemble	38	39	41	45	46,5	48

Lecture : compte tenu des niveaux de mortalité mesurés entre 1991 et 1999, un homme cadre de 35 ans pouvait espérer vivre en moyenne encore 46 années, soit jusqu'à 81 ans au total.

Source : Insee, Insee Première n°1025, juin 2005

On remarque que les différences d'espérance de vie sont distribuées selon un gradient social.

Ce gradient social se remarque aussi à l'intérieur d'une catégorie socioprofessionnelle : il existe une différence d'espérance de vie entre ouvriers qualifiés et ouvriers non qualifiés, les cadres d'entreprises ont une espérance de vie plus courte que celle des cadres de la fonction

publique ou que les professions artistiques (18) L'enquête ≪ Santé française » de 2003 confirme ces chiffres avec une espérance de vie pour les ouvriers à 50 ans de 27 ans contre 32 ans pour les cadres (19).

Ce gradient social se traduit également dans l'espérance de vie en bonne santé : l'enquête « handicap santé » réalisée en 2008 sur les ménages montre qu'un ouvrier a 2.1 fois plus de risque de déclarer une incapacité qu'un cadre après 60 ans (20). En 2003, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 47 ans dont 34 indemnes de toute incapacité, un ouvrier, 41 ans dont 24 ans sans incapacités.

Les inégalités sociales de santé s'expriment aussi au travers de la prévalence des maladies. Qui se trouvent plus ou moins importante selon la classe sociale. Par exemple certaines maladies chroniques en France : les maladies les plus socialement différenciées sont les ulcères gastroduodénaux, (OR7 de 1,73), le diabète (OR de 1,45), les maladies ostéo-articulaires (OR de 1,43), l'hypertension artérielle (OR de 1,42), les accidents vasculaires cérébraux (OR de 1,3), les maladies hépatobiliaires (OR de 1,20), les céphalées et les maladies chroniques respiratoires (OR de 1,19) (20). Les professionnels les plus touchés par les problèmes d'obésité sont les artisans commerçants (16,1%), les agriculteurs (13,2%) et les ouvriers (12,7%), alors que les cadres et les professions libérales sont moins concernés (8,3%).(22)

De fortes inégalités sociales de mortalité par cancer sont observées chez les hommes, en particulier pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Ainsi les hommes sans diplôme ont 30 à 40% de chance de plus de décéder d'un cancer des VADS que les hommes diplômés entre 1968 et 1996. Chez les femmes, les ISS sont moins importantes et sont surtout observées pour les cancers de l'utérus (OR : 1,3), l'estomac et le poumon. Les inégalités sociales de mortalité par cancer chez les hommes se sont accrues entre 1968 et 1981, et se sont stabilisées depuis les années 1980. Chez les femmes, la sous-mortalité par cancer du sein observée au début des années 70 chez les moins diplômées (l'âge précoce de la première grossesse et le nombre de grossesses plus important étant considérés comme éléments protecteurs) s'est progressivement atténuée pour disparaitre à la fin des années 90 (probablement à cause d'un meilleur dépistage et traitement des femmes les plus diplômées) (23).

Mais, ce qui nous semble important à souligner c'est que les inégalités sociales de santé ne sont pas réductibles aux difficultés d'accès aux soins, ni à un système de soins défaillant. D. Fassin l'exprime ainsi : « Les inégalités sociales de santé sont en France parmi les plus élevées d'Europe de l'Ouest (...), alors que l'efficacité du système de soins est très bien évaluée (il est au premier rang du classement de l'Organisation mondiale de la santé). C'est dire que les deux réalités – la santé et les soins – ont une large autonomie l'une par rapport à l'autre: un pays peut avoir un bon système de soins et des inégalités de santé très profondes. » (24).

Rappelons ici que le soin est l'ensemble des actes professionnels qui visent à circonscrire une maladie, tandis que la santé est l'ensemble des actes qui visent à maintenir la santé des personnes, c'est-à-dire, le plus possible, un état de bien-être. Dans le soin, le professionnel a la haute main sur l'action alors que dans la santé, le professionnel du soin rejoint une équipe d'autre professionnels et surtout la personne en tant que citoyen.

De nombreuses recherches en épidémiologie sociale, notamment anglo-saxonnes, ont tenté d'expliquer les causes des inégalités sociales de santé. Une revue de la littérature publiée par l'IRDES en 2005 présente les différents modèles explicatifs (25) :

Historiquement, les explications ont été recherché dans les différences de conditions de vie et de mœurs, puis dans les conditions de travail et d'accès aux soins, les pauvres étant de ces faits en moins bonne santé que le reste de la population.

- Au début des années quatre-vingts, le rapport de Lord Black jette un sérieux doute sur ce modèle explicatif : les inégalités sociales de mortalité n'avaient non seulement pas disparu entre 1931 et 1981, mais elles avaient augmenté malgré l'amélioration générale des conditions de vie et de travail et l'instauration en 1948 du National Health Service.

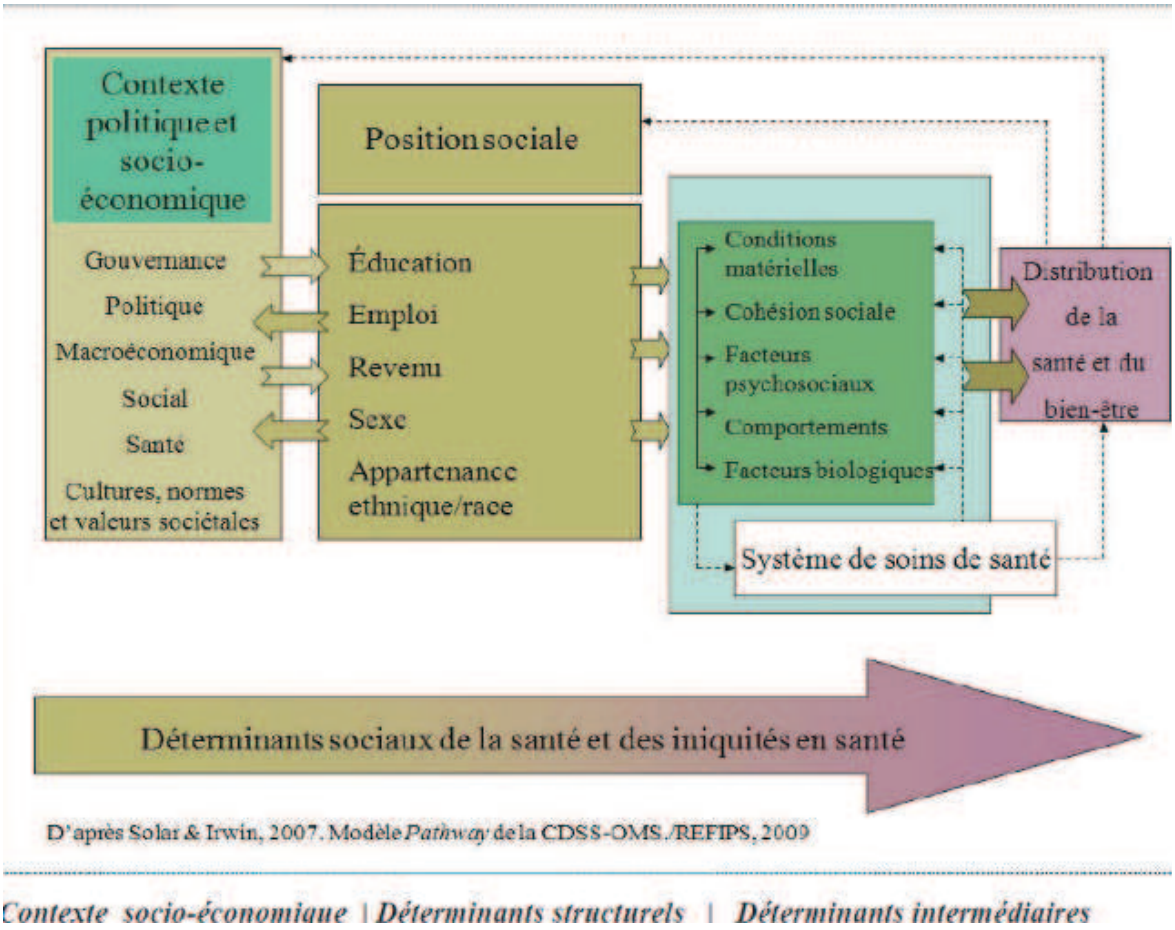
  De plus, remarque-t-il, elles existent pour l'ensemble de la hiérarchie sociale selon un gradient qui fait que chaque CSP présente une mortalité et une morbidité plus élevée que celui de la classe immédiatement supérieure. La question des inégalités face à la santé ne concerne donc pas que les groupes aux marges de la société.

- L'absence d'explication par les conditions matérielles de vie a conduit à rechercher les causes dans les différences de comportement à risque : consommation d'alcool, de tabac, hygiène alimentaire,... Ainsi en France les inégalités sociales de mortalité par cirrhose du foie et par cancer des voies aérodigestives supérieures seraient expliquées par les différences sociales de consommation d'alcool.

- Mais les travaux sur la cohorte de Whitehall a remis en cause l'importance de cette explication. La cohorte de Whitehall I a été constituée en 1967-1969. Elle incluait 19 015 hommes fonctionnaires britanniques âgés de 40 à 69 ans, qui ont fait l'objet d'un examen clinique et leur mortalité a été suivie jusqu'en 1987. En 1985, une nouvelle cohorte Whitehall II a inclus 10 308 sujets. Le suivi a montré que les inégalités d'état de santé persistaient après contrôle par l'ensemble des facteurs de risque connus. Au mieux le mode de vie n'expliquait qu'un tiers des inégalités constatées.
- Les recherches se sont alors portées sur de nouveaux déterminants, appelés déterminants sociaux de la santé. L'existence du gradient social de santé suggère en effet que les inégalités sociales de santé ne seraient pas uniquement dues au niveau de vie absolu mais à l'effet de position relative dans la hiérarchie sociale: « Le sentiment de domination hiérarchique et de perte d'autonomie, notamment au travail, serait à l'origine de stress. La généralisation de cette hypothèse fait de l'absence de cohésion de la société un facteur de stress psychosocial, ayant des conséquences sur les pathologies mentales, les maladies cardiovasculaires et plus généralement sur la sensibilité de l'organisme aux maladies. »
- A côté de ce courant de recherche débuté dans les années quatre-vingt-dix, d'autres étudient les causes des inégalités tout au long de la vie. En 2000, la synthèse de l'INSERM (26) sur les inégalités sociales de santé soulignait un gradient social en matière de santé périnatale tant pour la prématurité que pour les retards de croissance intra-utérine. L'accumulation des différences pourraient engendrer une dégradation de l'état de santé et du statut social. Les causes seraient à rechercher dès l'enfance, voire in utero, comme le suggèrent les travaux de Wasdworth(27) et de G.Menahem (28).

Au-delà des hypothèses explicatives, que l'on ne peut à ce jour hiérarchiser, il y a consensus pour dire que tous ces déterminants interviennent, que les inégalités sociales de santé sont le résultat des inégalités structurelles d'une société à un moment donné de son histoire. La Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS dans son rapport d'août 2008 (29) définit des déterminants structurels comme le mode de gouvernement, la culture, la répartition des revenus, l'éducation, les politiques sociales et publiques et des déterminants de l'état de santé, c'est à dire les facteurs biologiques, l'accès aux soins, les conditions matérielles comme le logement, le pouvoir d'achat, l'environnement au travail, les conditions de vie pendant l'enfance, les conditions psychosociales comme le stress des conditions de vie et de travail, les comportements à risque, les relations et le soutien social mais aussi le sentiment de maîtrise de sa destinée. C'est des interactions entre ces deux types de déterminants que naissent les inégalités de mortalité et de morbidité entre les CSP d'un pays donné, et notamment de l'impact des déterminants structurels sur les déterminants de l'état de santé.

Sous la direction de M.Marmot, les travaux de la Commission aboutissent au modèle CDSS qui est le plus consensuel actuellement :



Devant « la manière dont les inégalités produites par les sociétés s'expriment dans les corps, dont le social se transcrit dans le biologique » (30) se pose dès lors la question: peut-on agir sur les inégalités de santé grâce au système de soins ?

Depuis le rapport Black en 1982, l'ensemble des recherches semble répondre négativement à cette question. La lutte contre les inégalités sociales de santé se situerait en amont du système de soins par une redistribution des revenus, de l'éducation, du travail, etc. Cependant, s'interrogent Van Doorslaer et Koolman (31), ne peut-on pas agir via celui-ci? Ils observent en effet que les inégalités sociales de santé dans les pays européens sont davantage expliquées par la force de l'association entre santé et revenu que par l'inégale répartition de ce dernier. Par exemple, la faiblesse de ces inégalités au Danemark est due au fait que dans ce pays la santé est faiblement reliée au revenu alors que la répartition des revenus n'est pas plus égalitaire qu'ailleurs.

Par ailleurs, une étude comparative des pays européens précurseurs dans la lutte contre les inégalités sociales de santé (32) montre, en cohérence avec les résultats de la recherche, qui suggèrent que la réduction des inégalités de santé passe sans doute par une réduction des inégalités économiques et sociales globales, que les stratégies définies dans ces trois pays comportent des volets visant à agir sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, en amont du système sanitaire. Elles comportent cependant également des actions qui mobilisent le système de santé, notamment au travers des dispositifs de prévention et de la médecine de soins primaires.

Ainsi au Royaume-Uni le rôle du service national de santé dans la lutte contre les inégalités est souligné comme essentiel, notamment dans les quartiers défavorisés. Les groupes de soins primaires (Primary Care Trusts) sont appelés à se mobiliser pour développer des actions de prévention orientées plus particulièrement vers des populations cibles : arrêt du tabac (un programme spécifique est organisé dans ce domaine), amélioration de la nutrition, promotion de l'allaitement maternel et de l'activité physique. Les acteurs des soins primaires sont invités à travailler en collaboration avec les associations. L'accent est également mis sur l'accès au dépistage et au traitement dans les zones les moins bien servies : accès aux services de néonatalogie (en lien avec l'objectif sur la mortalité infantile), facilitation de l'accès au dépistage et au traitement des cancers et maladies coronariennes (objectif sur l'espérance de vie). Un programme de rénovation des centres de soins primaires dans les quartiers défavorisés a également été mis en place. De même aux Pays-Bas et en Suède, le volet sanitaire des politiques de réductions de ces inégalités met l'accent sur les soins primaires.

Par ailleurs les analyses d'Amartya Sen (2) soulignent les effets bénéfiques des investissements en matière de santé et d'éducation sur l'espérance de vie moyenne d'une population, qu'elle vive dans un pays pauvre ou dans un pays riche comme la Grande-Bretagne, remettant en question l'idée de la faiblesse de l'effet du système de soins sur la mortalité précoce.

Dans une perspective plus récente, des recherches se portent sur l'utilisation des droits sociaux de façon générale, et des soins en particulier, chez les personnes précarisées dans des pays ayant une protection sociale généreuse et un système de santé solidaire, autrement dit un accès théorique aux soins large et ouvert.

De nombreux travaux européens soulignent l'impact des inégalités d'accès aux soins sur les inégalités sociales de santé et l'incapacité du système de soins à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé. (33)

3.2 La réalité de l'accès aux soins des personnes en situation de précarité

Divers travaux ont montré que la consommation médicale est socialement structurée mais que les dépenses globales de santé varient peu selon la catégorie sociale c'est donc que la consommation médicale n'est corrélée qu'en partie avec l'état de santé réel. En effet, si cela était le cas, la consommation médicale des catégories défavorisées serait bien inférieure (34),.

Ce qui pose problème, au regard des droits fondamentaux, de la santé publique et de l'éthique, c'est que malgré le niveau de protection sociale et malgré le contexte d'amélioration de l'accès aux soins et de la technique médicale (qui exacerbe les conséquences des inégalités car « les différences résiduelles d'accès aux soins ont sans doute plus de conséquences aujourd'hui que les fortes différences d'accès aux soins auparavant (35). ») les personnes socialement défavorisées meurent plus précocement et sont plus malades.

Alors où se situeraient les problématiques, dans l'utilisation du système de soins, dans l'accès réel aux soins ou dans la réponse du système de soins ?

3.2.1 Le non-recours aux soins

Le non recours aux soins illustre les manières dont les usagers répondent à l'offre de santé en fonction de leurs caractéristiques sociales.

Le non recours est défini par l'absence de consultation (d'un médecin ou d'un dentiste) depuis deux ans, par le renoncement aux soins malgré le besoin et la motivation de se soigner, par le retard aux soins ou par l'inobservance thérapeutique.

La mise en place du dispositif CMU n'a pas eu l'impact escompté sur la question du non recours aux soins pour raisons financières :

- Globalement, en En 2008, 15,4% de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10% de la population concernée) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1%) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4%). Ces difficultés d'accès aux soins sont en partie expliquées par les limites du système de protection sociale. L'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins alors que la CMUC en facilite l'accès. Les dépassements d'honoraires limitent l'accès aux soins (36).

- Le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières augmente entre 1998 et 2000 et chute ensuite fortement de 2000 à 2002 (mise en place de la CMU). Depuis, il apparaît en augmentation et est quasiment revenu en 2008 à son niveau de 2000.

Selon l'enquête de l'IRDES (37) parue en janvier 2011, le reste à charge des ménages pour avoir une couverture santé complémentaire est passée de 217 à 547 euros entre 1980 et 2008, ce qui pénalise les ménages les plus modestes malgré la CMU-C et l'ACS. En effet, de nombreux ménages ne peuvent prétendre ni à la CMU-C, ni à l'ACS alors même qu'ils appartiennent aux 20% les plus démunis (moins de 870 euros par mois) du fait des effets de seuils. Or pour beaucoup, ce sont des ménages dont les besoins de soins sont importants car bénéficiaires du minimum vieillesse ou de l'allocation adulte handicapé.

Notons le non recours aux prestations sociales. En 2007, 82 % des patients qui devraient avoir une complémentaire maladie n'en ont pas au moment où Médecins du Monde les rencontre (38). Le taux de recours à la CMU-C chez les allocataires des minimas sociaux est de moins de 70 % alors que l'état de santé de ces allocataires est moins bon que celui de la population générale. De plus, les bénéficiaires des minima sociaux ont plus de problèmes de santé affectant leur travail que les personnes sorties de ces dispositifs. Près d'un tiers des allocataires de l'Allocation de parent isolé (API) et du Revenu minimum d'insertion (RMI) et 45 % des allocataires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) disent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières dans les douze derniers mois, principalement dentaire et d'optique. (39)

L'enquête PRECALOG (40) menée en 1999-2000 auprès de 590 consultants de centre de soins gratuits met en évidence des logiques de recours aux soins dans une population précarisée (cf. caractéristiques tableau 1, annexe 2) et montre une « logique de refus de soins » pour 21 % des personnes interrogées.

Parmi les facteurs les plus significatifs (voir tableau 2, annexe 2) conduisant à ce comportement, que l'on pourrait caractérisée de conduite à risque, l'enquête met en évidence :

- L'âge : la probabilité d'être dans une logique de refus de soins est 2,6 fois plus importante lorsqu'on a moins de 30 ans.
- Problèmes déclarés dans l'enfance.

- L'appréhension à l'égard du médecin : une défiance et une appréhension des rapports aux personnels de santé est retrouvée dans les entretiens, au-delà des réticences de certains professionnels à recevoir des patients précaires. Cette «peur du médecin» est d'autant plus présente qu'il y a eu des problèmes déclarés avant 18 ans. Il est noté qu'elle reste en général circonscrite aux médecins libéraux et aux psychiatres.
- Être sans papiers.
- Être sans emploi ou travailler au noir.

Un éclairage sur les logiques de non recours aux soins des personnes précarisées nous est donné par une recherche sur l'analyse de leurs déterminants effectuée dans le cadre d'un travail doctoral. (41)

Une centaines d'entretiens ont été réalisés auprès de consultants précaires de centres de santé et d'usagers d'associations d'aide aux personnes précarisées. « Les entretiens ont été menés dans une perspective de sociologie compréhensive. Il s'agissait principalement de saisir la manière dont les personnes concernées par le non-recours perçoivent les situations et pratiques desquelles elles sont actrices, mais aussi et surtout le sens qu'elles leur donnent. »

Trois arguments sont relevés par l'auteur.

- ✓ *Le premier se situe dans la perception du risque.* Celui-ci n'est pas tant ignoré que sous-estimé par des processus psychiques apparaissant comme des mécanismes de défense : excès d'optimisme, «protection mentale» (penser que les risques sont plus importants pour les autres), sentiment de pouvoir gérer la situation. « Dans ces exemples, le non-recours est justifié par l'absence de besoin de se soigner et/ou par le sentiment de bénéficier d'un bon état de santé, le non-recours étant alors présent positivement comme une preuve d'une constitution physique favorable. »
- ✓ *Le second concerne l'autonomie vis-à-vis de la santé,* où il apparaît que le non recours ne signifie pas automatiquement absence de soins. Les comportements d'automédication sont valorisés, comme preuve d'une connaissance de son propre corps. Ces comportements sont renforcés par la défiance à l'égard du corps médical, déjà évoquée plus haut, mais surtout sont la revendication d'une compétence envers soi.

- ✓ *Le troisième aspect concerne la reproduction des habitudes de recours aux soins* prises dans l'enfance, calquées sur celles des parents. Cette observation est corroborée par les travaux de Georges Menahem (33) sur les rapports entre l'état de santé des adultes et les difficultés vécues dans l'enfance et rejoint « l'hypothèse encore peu explorée des inégalités des chances en matière de santé selon laquelle une part de l'explication des inégalités sociales de santé tiendrait à la reproduction des comportements familiaux et sociaux de recours aux soins. »

Faisant le constat du décalage de point de vue entre les professionnels et les usagers sur les comportements de recours aux soins, l'auteur s'interroge sur la manière d'agir sur le non recours : méconnaître ou ne pas prendre en compte les « pratiques inscrites dans certaines logiques sociales ou constitutives d'identité sociale particulière » ferait prendre le risque aux politiques de santé et aux pratiques professionnelles d'être contre-productives.

Ce travail soulève diverses questions. La question du ciblage des campagnes de prévention, la question de l'incorporation de critères sociaux-démographiques dans les pratiques professionnelles, les questions de la responsabilité du patient et des déterminants psychosociaux qui le constituent, la question éthique du respect de pratiques éloignées de la logique des soignants.

3.2.2 Des réponses différentes du système de soins

A pathologie équivalente, selon les caractéristiques sociales du patient, le système de soins peut apporter des réponses différentes.

a) Des thérapeutiques différentes. Aux Etats-Unis, Gebo et al (42) montrent qu'à taux de CD4 équivalent, les noirs, les toxicomanes et les femmes ont moins de chances de recevoir un traitement antirétroviral. En France, Lang et al (43) montrent que, si aucune différence sociale de traitement n'est constatée dans la prise en charge hospitalière après infarctus du myocarde, en amont de l'hôpital les catégories favorisées bénéficient d'un meilleur suivi ambulatoire spécialisé, plus approfondi avec des explorations coronariennes plus fréquentes.

Quelles seraient les causes de ces différences de traitements ? Plusieurs explications sont avancées :

- Les modalités de rémunérations des professionnels,
- La faiblesse des pressions que les CSP les plus basses sont capables d'exercer sur le professionnel.

- La distance sociale et culturelle entre le patient et le médecin et donc de la qualité de l'information dont ce dernier dispose pour soigner.

b) Cas des refus de soins aux patients bénéficiant de la CMU. L'enquête réalisée par la DIES à la demande du Fond CMU est intéressante de par son analyse qualitative (44).

Méthodologie : prise de rendez-vous fictive par téléphone auprès de médecins et de dentistes dans 6 villes du Val de Marne sélectionnées pour leurs caractéristiques contrastées. Les praticiens des 6 villes ont été tirés au sort. D'autre part, des entretiens avec quelques médecins et dentistes des 6 villes en questions, ont complété la méthodologie de manière à comprendre les logiques à l'œuvre, expliquant les attitudes différenciées des professionnels.

Résultats quantitatifs : Les résultats sont cohérents avec les testing réalisés par Médecins du Monde et par l'association Que Choisir.

Tableau 1 : Estimation des taux de refus de soins imputable à la CMU par catégories de professionnels Catégorie	Nombre de refus /total[3]	Refus en %
Médecins généralistes Secteur 1	1/62	1,6 %
Médecins généralistes Secteur 2	4/24	16,7 %
Médecins Généralistes (Secteur 1 et 2)	5/86	**4,8 %**
Médecins Spécialistes (Secteur 1 et 2)	34/83	**41,0 %**[4]
Dentistes	18/46	39,1 %

L'analyse qualitative : Elle relève tout d'abord des formes de discriminations plus insidieuses que les refus nets de rendez-vous : restrictions des soins (accord pour des soins mais pas de prothèses pour certains dentistes), aménagements ou horaires spécifiques.

Elle permet de constater que dans une grande majorité des cas, les refus sont annoncés clairement comme en lien avec la CMU.

L'analyse des entretiens permet de distinguer deux groupes de professionnels : ceux qui acceptent la loi et l'appliquent et ceux qui, refusant ou non les rendez-vous, portent un jugement défavorable sur les bénéficiaires de la CMU. « Ces deux catégories de praticiens, se différencient en fonction d'éléments liés au professionnel (ses valeurs, son éthique professionnelle, la conception de son rôle, de sa position au sein du système de santé notamment sur le caractère libéral de sa pratique) mais aussi, son environnement, notamment la proportion de bénéficiaires de la CMU dans sa clientèle (qui permet une meilleure connaissance de ceux-ci). »

Les causes des jugements défavorables amenant ou pas à un refus de soin :

- ✓ Les logiques économiques, retrouvées dans la majorité des entretiens.
- ✓ La perception du dispositif CMU comment étant un dispositif charitable, la prise en charge devant dès lors se faire dans les structures publiques.
- ✓ La méconnaissance de la Loi entraînant des distorsions dans la représentation des bénéficiaires.

« Cette méconnaissance de la Loi, ses fondements, ses objectifs, des enjeux en cause est à confronter au défaut de communication et d'information dirigée vers les praticiens qui constituent pourtant un maillon essentiel dans l'accès aux soins et sans la collaboration desquels l'accès ne pourra être rendu effectif. »

Les auteurs remarquent que «les préjugés sur les bénéficiaires s'inscrivent dans des conceptions dominantes de la société, auxquelles une partie des praticiens participe et nous avons montré comment en partant de bruits colportés et du fait du faible nombre de bénéficiaires dans une clientèle, les professionnels en arrivent à conforter les dits préjugés.»

Entre parenthèses, le rapport d'évaluation 2009 du fond CMU (45) fait le point sur deux idées reçues :

« La CMU complémentaire coûte cher». Avec un coût moyen dans le régime général de 416 € en 2008 pour une complémentaire santé de bonne facture, il est difficile de considérer la CMU-C comme onéreuse. De plus, aucune dérive n'est constatée puisque l'évolution de ce coût moyen est inférieure à celle de l'ONDAM. »

« La CMU est un facteur de fraude ». Sans prétendre que la fraude n'existe pas, le rapport expose d'abord que tous les outils existent pour la combattre et que les résultats montrent son caractère marginal (220 cas pour la CMU de base, 588 pour la CMU-C en 2008 soit 1,5 % des cas de fraude). »

3.2.3 Une analyse des inégalités d'accès aux soins

Le Pr Lombrail[1] introduit des concepts novateurs pour penser les inégalités d'accès aux soins (46) afin de les corriger. Il distingue les inégalités d'accès primaire aux soins et les inégalités d'accès secondaire.

Les inégalités d'accès primaires aux soins concernent notamment les inégalités de protection sociale et les refus de demande de soins comme nous venons de le voir. La couverture médicale universelle a permis de répondre partiellement au premier aspect. Le respect de la loi et la sensibilisation des médecins pourraient atténuer le nombre non négligeable des refus de soins.

Le Pr Lombrail distingue deux types d'*inégalité d'accès secondaire aux soins*: les inégalités par «omission» dont l'identification peut permettre des actions correctives et les inégalités par «construction» aboutissant à perpétuer, voire à accentuer ces inégalités.

- ✓ Les inégalités d'accès secondaire aux soins par «omission» sont produites par le fonctionnement en routine du système de soins, ne sont pas intentionnelles et résultent de la non-reconnaissance d'un besoin de soins (opportunité perdue d'intervention, côté professionnel, ou perte de chance, côté usager) ou de sa non-satisfaction au moment de l'identification. Par exemple la CPAM a financé des programmes de prévention de santé bucco-dentaire en milieu scolaire dans un double but d'éducation à la santé et de dépistage précoce des lésions carieuses pour une prise en charge précoce. Cette composante de prévention secondaire a été évaluée dans un département de la couronne parisienne : les élèves du primaire, de villes abritant des quartiers sensibles, faisaient l'objet un an sur deux d'un dépistage des lésions carieuses par des dentistes libéraux à l'école. Ceux qui avaient des lésions repartaient avec un courrier informant leurs parents de l'existence de lésions et de la possibilité de se faire soigner en étant intégralement remboursés à condition de démarrer les soins dans les six mois suivant le dépistage. L'évaluation du programme a cherché à connaître les suites effectives du dépistage des lésions carieuses. Si, au moment du dépistage, la moitié des enfants présentaient des besoins de soins, seulement un quart d'entre eux avaient débuté des soins dans les six mois, en utilisant moins d'une fois sur deux la procédure de remboursement proposée par la CPAM. Et, parmi les enfants les plus atteints, 70% n'avaient reçu aucun soin (47). Pour le Pr Lombrail, cet exemple illustre la nécessité d'un accompagnement des facilités administratives et financières si on veut que les bénéficiaires potentiels bénéficient effectivement d'une action de santé publique. Cet exemple illustre de même le concept de «capabilité» développé par Amartya Sen.

- ✓ Les inégalités d'accès secondaires par construction : « certains protocoles de soins, du fait

---

[1] Laboratoire de Santé Publique et d'Epidémiologie, P.I.M.E.S.B.S.C.H.U de Nantes

de leur ignorance de la différenciation sociale des risques dits « individuels », construisent mécaniquement de l'inégalité. Il en est ainsi des recommandations de traitement de l'hypertension artérielle basées sur le calcul du risque cardiovasculaire absolu (qui mesure la probabilité d'un accident à un horizon défini chez un individu). Dans la mesure où les équations proposées pour le calcul de ce risque ne prennent en compte que les variables biologiques et médicales (pression artérielle, lipémie, etc.) à l'exclusion de toute variable sociale ou psychosociale, ces recommandations sont source potentielle d'inégalités si elles sont appliquées. Des travaux2 montrent pourtant que le risque relatif conféré par certaines caractéristiques psychosociales est du même ordre que celui associé aux facteurs de risque classiques. La conséquence est une sous-estimation importante du risque pour les groupes socialement à haut risque cardiovasculaire, qui cumulent souvent plusieurs facteurs de risque psychosociaux. Dans cet exemple, de l'adoption d'un modèle uniquement biomédical découle, par construction, un accroissement des inégalités sociales de santé. »

Nous retiendrons que la prise en compte des facteurs psychosociaux et l'analyse de l'importance de leurs impacts dans les politiques de santé et dans les pratiques professionnelles amélioreraient probablement les inégalités d'accès aux soins dans leur ensemble, et seraient par conséquent susceptibles d'atténuer les inégalités sociales de santé par la correction de la part attribuable au système de santé dans leur genèse.

4. PLACE DE LA MEDECINE GENERALE

Rappelons brièvement certaines caractéristiques de la médecine générale (48)

Elle est le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en charge tous les problèmes de santé indépendamment de l'âge, du sexe ou de toute autre caractéristique de la personne concernée. Elle couvre un large champ d'activités déterminées par les besoins et les demandes de la personne.

Elle développe une approche centrée sur la personne, orientée vers l'individu dans sa

---

ƨ Inamo J., LangT., Atallah A.,Inamo A., Larabi L.,Gaudemaris R.D.,« Prevalence and therapeutic controlof hypertension in French Caribbean regions», *J.Hypertens.*, 3 (7),1341-1346, 2005.

famille et sa communauté. Elle tient compte des représentations de la maladie chez le patient.

Elle veille à une utilisation efficiente du système de santé, à travers la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels dans le cadre des soins primaires.

Elle favorise le développement de la promotion et de l'éducation de la santé.

Elle possède une responsabilité spécifique en termes de santé publique et assume des actions de santé au sein de la communauté.

Elle répond dans une dimension globale aux problèmes de santé dans leurs aspects physique, psychologique, social, culturel et existentiel.

Comme tous les acteurs de santé, le généraliste est engagé dans la lutte contre la mortalité prématurée et la prise en compte des inégalités sociales qui lui sont attachées.

La spécificité du généraliste, professionnel de santé de première ligne, ne serait-elle pas son intégration dans la communauté, au plus proche des gens et de leurs besoins de santé ?

Sa place privilégiée en première ligne du système de soins en fait un acteur de choix dans la prévention, le dépistage, et un témoin du contexte socio-économique de ses patients.

Les docteurs Flores et Falcoff, dans un article de la Revue du Praticien paru en 2004 (24) propose trois rôles aux généralistes :

- mesurer les inégalités en identifiant la part des difficultés socio-économiques de ses patient influençant leur état de santé ;
- corriger la part des inégalités qui dépendent des soins en ciblant les actions de prévention et de prise en charge des maladies chroniques sur les groupes de patient identifiés et en privilégiant une des causes de mortalité prématurée (voir annexe 3) ;
- plaider en faveur de ces derniers par une description clinique des inégalités sociales de santé, par l'enseignement et la recherche.

Quelle place occupe effectivement la médecine générale dans l'offre de soins aux plus démunis?

Une enquête demandée par la Croix Rouge à la SOFRES, lors du lancement de la campagne d'hiver 1998-1999, s'adressait à 227 généralistes interrogés sur le nombre de patients en situation de précarité (bénéficiaires du RMI) reçus en moyenne chaque semaine en consultation (50):

- 31 % des médecins ne voyaient aucun patient précaire,
- 22 % un seul patient,
- 13 % deux patients,
- 20 % trois patients,
- 14 % six patients et plus, ce dernier groupe exerçait dans les quartiers en difficulté,
- 84 % ignoraient le 115, 2/3 travaillaient en réseau, 1/3 peu ou jamais.

On peut être surpris du nombre important de médecin ne connaissant pas le 115. Le Samu social a été créé en 1993 et le numéro vert pour faire appel à ses services a été changé

en 115 en 1997.

Par ailleurs la différence notable entre le dernier groupe de médecin et les trois précédents paraît étonnante: seuls 14% des généralistes seraient dans des zones géographiques où se situeraient l'essentiel des patients en situation de précarité ?

Une enquête menée en 2006 et parue dans Questions d'économie de la santé (51) apporte un élément de réponse: elle constate une relative « spécialisation » des médecins des communes les plus défavorisées, attirant les bénéficiaires de la CMUC des communes avoisinantes les plus riches.

Une autre étude (52) a privilégié une approche géographique fine par zone d'emploi qui permet de neutraliser l'inégale répartition des bénéficiaires de la CMU sur le territoire.

Les médecins généralistes accueillent une part plus élevée de personnes couvertes par la CMU que les spécialistes ou les dentistes. Les disparités d'accueil entre professionnels font également apparaître que les généralistes et les dentistes les plus accueillants reçoivent trois fois plus de patients affiliés à la CMU que leurs confrères.

Plus généralement, les professionnels inscrits en secteur 1 accueillent une part plus importante de bénéficiaires de la CMU que ceux inscrits en secteur II avec dépassement d'honoraires. Enfin, l'accueil des bénéficiaires de la CMU se concentre d'autant plus sur une fraction des généralistes que la densité médicale et le nombre d'affiliés à la CMU sont importants.

Être généraliste, en secteur 1, dans une commune défavorisée et accueillir déjà un nombre important de bénéficiaires de la CMUC semble favoriser l'accès aux soins de ces derniers en médecine de ville.

On peut supposer qu'il y a de la part des patients un effet «bouche à oreille», l'assurance de ne pas être rejeté du fait de la CMU, une prise en compte de leurs difficultés autre que de santé. Et, de la part des médecins, une meilleure connaissance de ces patients, et par conséquent probablement moins de préjugés, une expertise dans leur prise en charge.

Les difficultés des médecins généralistes à prendre en charge les personnes en situations de précarité a été étudiée par une enquête des médecins de l'association toulousaine Rivage(53). Cette enquête a été effectuée entre février et mai 2005 auprès de 36 généralistes toulousains.

Cette association se proposait de mettre en place une organisation basée sur l'exercice de deux fonctions :

- une fonction de coordination consistant en l'animation d'un réseau de médecins libéraux à compétence spécifique dans le domaine de la prise en charge des patients précarisés.
- une fonction de référence pour une aide opérationnelle à la prise en charge des personnes en situation de précarité, destinée à tous les acteurs de santé du lieu.

Pour cela, elle a effectué une étude de faisabilité au moyen d'un questionnaire

portant sur l'importance des patients en situation de précarité dans leur clientèle, sur les difficultés spécifiques rencontrées par les médecins et leur mode de repérage de ces patients. En voici les principaux résultats :

- Importance de la population dans la patientèle : tous les médecins interrogés avaient des patients en situation de précarité dans leur patientèle, la plupart en nombre non négligeable. Ce nombre varie considérablement en fonction du lieu d'implantation du cabinet, de son ancienneté et probablement en fonction de son fonctionnement. Deux grands types de patients précarisés étaient distingués par les médecins interrogés: d'une part les patients « pauvres » ou « en difficultés passagères » bénéficiant de la CMU et d'autre part les patients en très grande précarité, « en errance ».
- Les signes de repérage : l'apparence physique (dont la dentition), la difficulté à s'exprimer, le comportement pendant l'entretien clinique (manière dont le patient aborde les problèmes, difficultés à l'interrogatoire, interrogatoire pauvre en symptôme, langage, façon de se présenter, rapport à la maladie) et la situation administrative vis à vis de la protection sociale (problèmes de domiciliation, de papiers d'identité, absence de mutuelle, hésitations sur le coût du traitement ou des examens complémentaires).

Les difficultés rencontrées par les médecins :

- *Difficultés dans la rencontre* : le fait d'être bénéficiaire de la CMU et de ne pas encore être dans une phase d'abandon, et donc de pouvoir entrer facilement en contact avec le médecin, fait qu'environ 2/3 des médecins interrogés ne font pas état de difficultés dans la rencontre. Ceux qui ont des difficultés soulignent les comportements parfois agressifs, souvent sous l'emprise de toxiques, le manque de ponctualité et la barrière de la langue.
- *Difficultés dans la prise en charge :* la plupart des généralistes (30/36) ont des difficultés à cette étape pour quatre groupes de raisons :
  1- difficultés dans la prescription conséquemment de l'exclusion du patient de la protection sociale.
  2- non-respect de la procédure médicale avec manque de régularité aux rendez-vous, refus de la thérapie proposée, demande de psychotropes, ou encore incompréhension de ce que le médecin veut apporter à son patient.
  3- inadaptation de la prescription au mode de vie et aux conditions de vie de la personne.
  4- inadaptation du système de prise en charge aux difficultés spécifique de la personne, surtout en ce qui concerne les intrications des problématiques médicales, sociales et psychologiques. Notamment le manque de coordination entre le médical et le social.
- *État des connaissances des structures d'aides toulousaine de la part des généralistes* : PMI, CMP, Planning familial et 115 sont

les organismes les mieux connus et les plus utilisés. La « halte santé » est relativement bien connue mais un peu moins utilisée. Les CMS sont utilisés par certains mais ignorés par d'autres, certains ne sachant pas que la PMI en fait partie. La PASS est inconnue ou méconnue par une bonne moitié de l'effectif.

MATERIELS ET METHODE

Nous avons entrepris une recherche sur la question de la précarité en médecine générale. Notre hypothèse de départ est que l'accueil des patients précarisés rencontrés dans les structures de soins spécifiques devrait être possible en cabinet de ville si les généralistes ajustaient le fonctionnement du cabinet et leurs pratiques à cette population. Dans cette optique il s'agit de comprendre ce qui fait difficulté, ce qui fait défaut en interrogeant des praticiens avertis de ces questions.

1. CHOIX DES ENQUÊTÉS

1.1 Critères d'inclusion

Nous avons choisi d'interroger des généralistes toujours en activité libérale classique ayant eu ou ayant encore une pratique dans les dispositifs médico-sociaux dédiés à la grande précarité.

Le territoire d'exercice est limité au département de Seine-Maritime.

1.2 Modalités de contact

Nous avons recherché les généralistes à partir des dispositifs de soins. Le contact a été d'abord été téléphonique, soit sur le lieu des structures soit au cabinet de ville.

2. MÉTHODOLOGIE DES ENTRETIENS

2.1 Modalités pratiques

Le **lieu** de l'entretien était déterminé à la convenance des médecins.

La **durée** des entretiens était laissée au gré des médecins interrogés. On sollicitait une durée comprise entre 30 et 60 mn.

Les médecins étaient informés de **l'enregistrement** des entretiens aux fins de retranscription ultérieure. On leur précisait également le respect de **l'anonymat**.

La méthode choisie est celle **d'entretiens semi-directifs**.

2.2 Guide d'entretien

« Je m'appelle Karim Ben Hammou et je prépare une thèse de médecine générale.

Elle porte sur l'intégration par la médecine générale de ville des patients, en plus ou moins grande précarité et essaye de répondre à la question : *Pourquoi faut-il des dispositifs de santé particuliers pour les patients en situation de précarité alors qu'il existe des cabinets médicaux partout ?*

Nous avons choisi d'interroger les médecins ayant eu ou ayant encore l'expérience d'une pratique dans les PASS ou plus largement de dispositifs médico-sociaux dédiés à la grande précarité. L'objectif est de relever à partir d'une expérience empirique provenant du terrain des pistes de réflexion sur les possibilités d'accueil en cabinet de ville des personnes précarisées.

1) *Qu'est-ce qui vous a motivé à travailler dans une PASS ?*
2) *Est-ce que cette expérience a modifié votre pratique de ville ?*
3) *En quoi :*
    a. *l'accueil ?*
    b. *la clinique ?*
    c. *le réseau ? (avec les travailleurs sociaux, les confrères,...)*
4) *Avez-vous ressenti des besoins de formation ?*
5) *Pour quelles raisons, d'après-vous, la médecine de ville a des difficultés pour accueillir des patients en grande précarité ?*
6) *Avez-vous une représentation du cabinet de ville idéal ? Ou d'une pratique de médecine générale qui permettrait d'intégrer tout patient ?*
7) *Il y a-t-il une question que nous n'avons pas abordée au cours de cet entretien, un aspect qui vous semble important ? »*

RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES SOCIOLOGIQUES DES MEDECINS INTERROGES

Quinze médecins généralistes répondaient aux critères de sélection et ont été sollicités par téléphone, à plusieurs reprises lorsqu'il n'y avait pas de retour au premier contact. Sept ont accepté l'entretien.

1.1 Données démographiques

Age et sexe : six hommes et une femme; la moyenne d'âge est de quarante-cinq ans.

Répartition géographique : Deux médecins sont installés en campagne (environs de Dieppe et de Pont-Audemer). Les autres sont installés en ville (agglomérations de Rouen, Le Havre, Elbeuf). Parmi ces derniers, deux se trouvent en centre-ville. Le premier est installé dans un quartier défavorisé, le dernier dans une commune populaire de l'agglomération rouennaise.

1.2 Mode d'exercice

Quatre médecins exercent en cabinet individuel, trois en cabinet de groupe. Parmi les médecins installés seuls, un a déjà eu l'expérience de l'exercice en groupe. Ils sont tous conventionnés en secteur I.

L'activité de médecine libérale constitue l'activité principale pour tous.

1.3 Expérience avec la précarité

Trois médecins travaillent encore dans une PASS en milieu urbain ou rural. Un continue de travailler pour un dispositif de Lit Halte Santé, deux ont arrêté (un pour des raisons de réorganisation de la PASS, une pour s'engager dans une autre activité). Un médecin est en passe de réintégrer un dispositif de permanence d'accès aux soins.

Pour quatre d'entre eux, le travail actuel dans un dispositif dédié aux patients précaires est leur seule expérience avec la pratique médico-sociale aux personnes précarisées. Les trois autres avaient déjà eu des expériences professionnelles avec ce type de patients (en prison, prévention des risques et soins aux toxicomanes, soins aux personnes sans domicile fixe, engagement dans les dispensaires Médecin du Monde, participation à l'élaboration de l'UMAPPP[1]).

1.4 Caractérisation individuelle des médecins

Med1 : que nous appellerons Dr Olivier. Le Dr Olivier travaille au centre-ville de Rouen, dans un quartier populaire. Il intervient au moins une fois par semaine dans une structure de soin spécifique pour les patients en situation d'exclusion. Il est installé seul, sans secrétariat.

Med2 : que nous appellerons Dr Richard. Le Dr Richard est installé dans un village de campagne, il est seul dans son cabinet, sans secrétariat. Il a une activité hospitalière à la PASS de l'hôpital général de Pont- Audemer.

Med3 : que nous appellerons Dr Pierre. Il est installé dans une commune périurbaine de l'agglomération d'Elbeuf, en cabinet de groupe bénéficiant d'un secrétariat. Il intervient chez les compagnons d'Emmaüs et a travaillé à la PASS de l'hôpital général d'Elbeuf.

Med4 : que nous appellerons Dr Judith. Elle est installée en cabinet de groupe bénéficiant d'un secrétariat dans une commune populaire de l'agglomération rouennaise. Elle a travaillé au dispensaire de Médecin du monde et a été l'un des fondateurs de l'association Soins pour Tous.

Med5 : que nous appellerons Dr Jean. Installé en cabinet de groupe bénéficiant d'un secrétariat dans un quartier populaire de Rouen, le Dr Jean a travaillé pour une association d'insertion, ainsi qu'aux urgences où il a été particulièrement sensible à la prise en charge des patients en situation d'exclusion. Il a eu par ailleurs une expérience d'élu pendant laquelle il a participé à la construction de projet de soins dédié à la précarité.

Med6 : que nous appellerons Dr Jules. Installé seul sans secrétariat au centre-ville du Havre, après avoir été en cabinet de groupe dans un quartier populaire, il a travaillé en prison, dans les réseaux de soins aux toxicomanes. Aujourd'hui il travaille quasi quotidiennement à la PASS du Havre.

Med7 : que nous appellerons Dr Gaël. Le Dr Gaël travaille dans un bourg à proximité de Dieppe. Il est installé seul, sans secrétariat. Il participe bénévolement au centre de consultation de la Croix- Rouge locale qui s'est inscrite dans le dispositif de la PASS de l'hôpital de Dieppe. Il y travaille chaque semaine.

2. RESTITUTION SYNTHETIQUE DES ENTRETIENS

2.1 Des médecins déjà sensibilisés par la question de la précarité

La motivation pour travailler auprès des personnes en situation de précarité est diversement exprimée. Elle peut naître d'une rencontre qui apparait comme fortuite, d'une opportunité qui se présente. Elle peut être aussi dans la continuité d'un engagement, tout au moins d'un questionnement personnel.

Il semble qu'il y ait une sensibilisation préexistante. Sensibilisation induite par un questionnement sur l'accès aux soins comme l'exprime bien le docteur Richard : « *J'avais déjà remarqué lors de l'arrivée de la CMU en tant que généraliste j'ai eu accès à un certain nombre de famille qui ne venaient pas me voir (...), les gens qui n'avaient pas les moyens d'avancer la consultation ou vraiment il faut qu'il y ait urgence, surtout les enfants. Quand s'est présentée l'opportunité de la PASS, ça m'a d'emblée intéressé.* » Ou par un questionnement personnel, d'ordre moral, voire politique, sur la fonction du médecin dans la société et sur son rôle en tant que citoyen. « *Pourquoi, je me suis retrouvé à la PASS ? Un jour, j'ai croisé une amie qui avait travaillé dans le réseau toxicomanie et c'est comme que je me suis retrouvé factuellement …après ça fait partie de ma démarche…moi je m'embête avec les gens qui ont accès aux soins. En gros c'est ça en fait. J'ai toujours été attiré par l'exclusion. C'est plus les circonstances, une démarche…c'est comme là, je travaille aussi à la prison, c'est la même démarche. Pourquoi ? Je suis socialo. (Rire)… Ça m'indigne. La PASS n'est pas forcément ma réponse, là en ce moment c'est la PASS, mais ce ne sera pas toujours la même chose. Je ne fais pas de bénévolat par exemple (…) j'suis pas une bonne sœur. Je veux bien travailler avec les personnes précaires mais je considère que c'est un boulot.* » Nous dit le docteur Jules.

La motivation provoquée par la rencontre et la sensibilisation est ensuite confortée, consolidée par l'attrait d'une pratique différente. Pratique différente de l'abord du patient ainsi que le dit le docteur Olivier : « *Ce sont des patients qui ne sont pas demandeurs au premier abord, mais en fait qui demandent une approche complètement différente de celle qu'on a au cabinet. […] Donc, on va un petit peu au-devant de ces demandes. Ça je pense que c'est une démarche qui est unique, que je ne retrouve pas en étant étudiant à l'hôpital, dans mon cabinet de médecine générale ou lors de mes remplacements.* » Intérêt pour le travail en équipe « *et puis, faire un travail d'équipe, ce qui au bout d'un certain nombre d'années manque.* » L'intérêt professionnel pérennise l'attrait premier individuel.

2.2 Difficultés d'accès aux soins constatées par les généralistes interrogés

2.2.1 Défaut d'information sur les dispositifs médico-sociaux

« *Je ne sais même pas ce que c'est que la P.A.S.S …C'est quoi ?* » Cet aveu du docteur Olivier, d'emblée, nous interroge. Commençons par dire qu'à Rouen la PASS est nommée l'UMASS, c'est l'explication probable de l'interrogation de ce médecin qui pourtant a une pratique médico-sociale. Cependant cela attire notre attention sur le défaut d'information des dispositifs d'accès aux soins auprès des généralistes. D'autant que cela est corroboré par ses confrères, ainsi le docteur Richard qui découvre avec la PASS toutes les possibilités de recours : « *Sinon, ce que ça permet de mieux comprendre, c'est un petit peu tous les rôles de l'assistante sociale, tous les circuits qui existent finalement dans notre pays et dont on n'a pas forcément bien conscience en tant que généraliste isolé dans son cabinet.* »

2.2.2 La salle d'attente, un problème relatif

Accueillir dans sa salle d'attente des patients en situation de grande précarité. Les médecins interrogés évoquent essentiellement les patients dont l'aspect extérieur ou dont le comportement pose un problème évident. En termes d'hygiène mais aussi en termes de comportements dyssociaux sous l'emprise, ou pas, de substances psychoactives. Problème majoré parfois par l'exiguïté des locaux ou par l'absence d'un secrétariat. « *J'ai une salle d'attente qui doit faire 8 m² à tout casser, et donc avoir une maman ou deux mamans avec des gamins dans une salle d'attente comme ça avec un monsieur qui est dans la rue et qui est susceptible d'avoir des dermatoses, des conditions d'hygiène qui sont celles de la rue, c'est compliqué. Ça m'est arrivé de me retrouver dans des conditions comme ça, finalement t'es mal à l'aise pour tout le monde*. » On comprend avec le docteur Judith le malaise engendré. Et le sentiment d'insécurité pour les autres patients. Cette difficulté est parfois contournée.

Par la disposition des locaux. Un accès direct à son médecin permet dans certains cas de répondre à des demandes présentées comme urgentes, ce type de demande se retrouvant souvent parmi la population précaire. Au prix d'une plus grande disponibilité, comme l'exprime le docteur Richard : « *Mon cabinet a deux portes en fait : une porte qui donne sur la salle d'attente, une autre porte par laquelle je fais sortir les gens, et qui donne sur la place…et donc ça leur arrive de temps en temps de m'attendre devant cette porte là pour me dire voilà… pour me donner un résultat ou parler d'une de leurs inquiétudes… voilà… je suis assez disponible à ce niveau-là.* »

Par la diminution du délai d'attente soit en prévoyant un rendez-vous avec un accompagnant ou encore en acceptant le patient plus rapidement : « *Quand vous sentez qu'il y a quelqu'un de différent dans la salle d'attente, vous avez plutôt tendance à accélérer quoi. Je pense à une dame qu'a été insérée et là est désinsérée… On voit bien qu'elle est inadaptée dans la salle d'attente* » Ce que dit aussi le docteur Jules, c'est l'empathie avec le malaise ressenti par cette patiente « *pas à sa place* ».

Ce souci légitime de ne pas mettre en difficulté les patients en salle d'attente est relativisé par le docteur Olivier. Au prix d'une exigence sur le plan de l'hygiène, il est valorisé par sa clientèle comme sachant accueillir toute la population du quartier. Légitimé dans son rôle de médecin de premier recours à qui doit pouvoir s'adresser tout un chacun. La salle d'attente du généraliste peut être un lieu où s'exerce la tolérance à la condition que le patient en situation de précarité ait franchi un seuil en matière d'hygiène et de comportement. On peut supposer que la hauteur du seuil de tolérance varie en fonction de la pratique du médecin et de la sociologie du quartier : « *Autant effectivement s'ils viennent me voir ici, il faut qu'ils soient dans un état correct. Pourquoi ? Parce qu'ils vont se mélanger dans une salle d'attente ou il va y avoir des mamans des vieillards etc.…donc je deviens aussi…, je modifie ma pratique vis a vis des gens précaires, mais aussi en acceptant que ces gens précaires viennent dans ma salle d'attente spontanément. Ça arrive puisque il y le foyer de l'Abbé Bazire qui n'est pas très loin, il y a la résidence Saint- Martin qui n'est pas très loin, donc ces personnes en situation précaires qui sont amenées à venir avec ou sans rendez-vous, c'est assez régulier et ils se mêlent à la population classique de médecine générale. Donc je l'ai un peu modifié, oui….et mes patients le savent…pour eux généralement il l'identifie plutôt comme un point positif : c'est le médecin aussi qui accepte de s'occuper, parce qu'ils voient bien (c'est un quartier très contrasté où je suis), ils voient bien qu'il y a des gens, en errance, en désocialisation parfois… Ils ne sont pas SDF mais c'est tout comme : ils ont un toit sur leur tête, mais ils les voient dans la rue, et puis, ils voient que certains sonnent à mon cabinet et y sont admis. Je pense que ça change aussi le regard des gens du quartier sur le médecin du quartier qui est capable d'accueillir….* » Ainsi la prise de position du médecin peut permettre d'abaisser le seuil de tolérance dans la salle d'attente.

Fréquenter la même salle d'attente que les autres c'est aussi retrouver une reconnaissance sociale. Le docteur Judith le remarque « *…mais quelque part il se passait aussi des choses dans la salle d'attente entre les mères qui parlaient et ces femmes-là, je pense à deux femmes qui se sont mis à venir au cabinet, c'était aussi une forme de normalité quoi.* » En tant que lieu de socialisation, la salle d'attente aurait un impact sur l'accès aux soins. Mais là encore, au prix d'une exigence minimale en matière de présentation.

Le rôle du secrétariat dans l'accueil des patients n'est plus à démontrer. Dans le cas de l'accueil des patients en situation de précarité, il est, dans les entretiens, plutôt signalé en creux. Commençons par noter que l'absence de secrétariat n'empêche pas l'accueil de ces patients. Son importance dans cette fonction est évoquée ainsi : « *(…) et en particulier tu as le frein des secrétaires qui sont là en 1ère ligne et c'est probablement un manque de formation. C'est une patientèle difficile à gérer pour elle parce que c'est des patients qui peuvent arriver 4 heures avant l'heure du rendez-vous. S'installer dans la salle d'attente, faire du bruit, sortir …c'est compliqué pour elles parce que les autres patients vont se plaindre* » par le docteur Judith. Apaiser les tensions, anticiper les réactions de patients complexes, gérer les interactions entre patients dans la salle d'attente, demande en effet une formation complémentaire. Ce savoir-faire serait précieux mais peut être considéré comme une charge supplémentaire.

2.2.3 Pousser la porte

Pour pousser la porte d'un cabinet médical, il faut un minimum d'estime de soi. Ce que constatent plusieurs médecins interrogés c'est que la capacité d'accéder aux soins de premier recours dépend aussi de la capacité de la personne à se dire « *j'en vaux la peine* ». C'est-à-dire : est-ce que j'ai assez de valeur pour me faire soigner ? Pour me faire soigner ici ? Pour qu'un généraliste me soigne ?

On retrouve deux types de situation au cours des entretiens. La première est celle où la situation socio-économique du patient se dégrade sans que son médecin de famille en ait connaissance. Par pudeur nous dit le docteur Richard, par honte peut-on penser. Par vergogne pour utiliser le vocable de Furtos (réf). Avec un sentiment d'autodépréciation, qui amène le patient à aller consulter ailleurs, plutôt que de s'adresser son médecin habituel. Alors même que celui-ci fait des actes gratuits ou des facilités de paiement. Une sorte d'auto-discrimination. C'est ainsi que le docteur Pierre à la surprise de voir à la PASS une de ses patientes : « *…. Et je dois dire que j'ai été surpris, car une fois j'ai vu arriver un de mes patients (ou plus exactement une de mes patientes) et là, je dois dire que je me suis dit que quand même c'est incroyable, voilà. (…) Le fait d'avoir eu une de mes patientes bien sûr, ça m'a questionné, bien sûr… donc peut-être qu'effectivement, dans mon… je suis encore plus ferme la dessus… c'est-à-dire que quand je vois qu'il y a un souci, je vais peut-être insister de manière plus importante sur le fait qu'ils peuvent venir là quand ils veulent.* » Peut-être que le frein à l'accès aux soins de ville dans ces situations se trouve ailleurs que dans l'argument économique pur. Dans cette difficulté d'accès à son médecin, il y a quelque chose à voir avec la vergogne, et aussi avec les représentations sociales que la patiente intègre : elle n'est plus la bonne patiente qui peut avancer les frais de consultation, comme tout le monde, comme d'habitude.

La deuxième situation est représentée par les patients qui sont déjà en grande précarité ou dans l'exclusion, autrement dit aux marges de la société. Le docteur Richard constatait qu'avec la mise en place de la CMU, il a eu accès à des familles qui ne venaient pas le voir. Cependant, « *on se rend compte que les gens en grande précarité se replient sur eux même, donc ont même beaucoup de difficulté à alerter* », c'est ainsi qu'il explique la difficulté d'accès au cabinet du généraliste, difficulté qui ne tient pas seulement à la problématique financière mais aussi « psychologique ou cognitive », voire psychiatrique comme le note le docteur Pierre. Celui-ci va plus loin en se reportant à son expérience avec les compagnons d'Emmaüs : « *Là, la porte elle est toute poussée, puisque j'y suis, et là ils viennent plus facilement… et j'ai vu des gens qui seraient jamais venus ici… ça c'est sûr… et pourtant aidé par le responsable, aidé par les autres Compagnons qui me connaissent ou qui connaissent d'autres médecins du coin… je crois pas qu'ils seraient venus,…* ». Pour pousser la porte, ces patients doivent avoir confiance dans l'accueil qui leur sera fait. C'est cela qui semble faciliter cette démarche.

L'accompagnement par un tiers semble également favoriser l'entrée dans un cabinet de ville. Cela peut être un voisin ou un travailleur social. Le docteur Judith en a fait l'expérience avec le CAPS[2] de sa commune : « *On s'était mis à monter une espèce de réseau c'qui m'amène à dire maintenant que quand il y a cet accompagnement-là, tu peux prendre en charge des patients que tu ne pourrais pas prendre en charge sinon. Parce qu'en fait elle faisait le relais. Alors on a fonctionné un peu dans les deux sens, c'est-à-dire, qu'elle m'amenait des patients qui avaient des difficultés à accéder aux soignants parce qu'ils avaient peur, parce qu'ils s'en faisaient tout un monde, et après gérait l'après consultation, c'est-à-dire s'il fallait aller voir un spécialiste, faire une prise de sang. Elle accompagnait le patient dans la démarche, donc les choses étaient faites derrière et c'était plus rassurant pour le patient.* »

2.2.4 Prendre rendez-vous

La grande majorité des cabinets fonctionnent aujourd'hui sur rendez-vous. Or, cet acte qui peut sembler banal est une difficulté supplémentaire d'accès aux soins observée par les médecins interrogés. Le docteur Jules en a pris conscience avec une de ses patientes « *Elle m'a dit pour le rendez-vous, je peux pas appeler, j'ai pas assez d'unités de téléphone. Je ne peux pas appeler plusieurs fois pour prendre des rendez-vous. Cette dame m'a dit : avant, quand vous étiez dans le quartier de l'Eure, je pouvais venir sans rendez-vous, vous ne disiez rien.* » Il note aussi des difficultés de langue, d'appareil téléphonique. Des plages de consultations sans rendez-vous comme chez le docteur Olivier favorisent la venue d'une population qui présente aussi des difficultés d'organisation, à se projeter dans les jours qui viennent. La demande est difficilement programmable lorsque le quotidien est précaire.

2.2.5 Difficultés lors de la consultation

a. Le temps de la consultation

« *(…) parce qu'effectivement, le 1er contact avec un patient qui a beaucoup de problèmes, on lâche beaucoup...il faut du temps, plusieurs consultations pour arriver à s'y retrouver, arriver à tisser des liens avec l'infirmière ou l'animateur qui s'occupe de lui, pour arriver à faire le tour de la question.* » déclare le docteur Olivier. Le temps à consacrer à des patients souvent complexes, dont la prise en charge globale nécessiterait plusieurs intervenants est un problème récurrent dans les entretiens. Ainsi pour le docteur Judith un des frein en médecine libérale « *c'est le temps à consacrer (…), donc c'est des patients qui nécessitent de prendre du temps parce que c'est pas simple : si tu veux les examiner, c'est long.* » Le docteur Jean surenchérit ; « *Aujourd'hui le critère, c'est le temps. Quand on doit voir une cinquantaine de patient dans une journée, c'est 14-15 heures de boulot. Alors comment consacrer du temps…quelqu'un qu'est dans la précarité, y'a les soins médicaux mais il y a aussi les soins sociaux qu'il faut lui accorder.* » Sans compter les difficultés éventuelles de la langue, de la toxicomanie, des différences socio-culturelles. D'où l'efficience constatée par les docteurs Judith ou Olivier apportée par des rendez-vous identifiés à l'avance et par la présence d'un tiers lors de ce temps de la consultation.

b. L'examen clinique

Difficulté du patient à laisser examiner son corps par le médecin : « *(…) mais faire accepter à ce patient qu'il enlève une couche, puis deux couches, puis trois couches, ou d'écarter un petit peu les vêtements et puis...donc moi, non, j'essaie de rester clinique le plus possible, mais parfois ce n'est pas facile (...) Il m'arrive d'être un petit peu plus interrogatoire clinique qu'examen clinique* » constate le docteur Olivier. On retrouve la problématique de l'estime de soi, de la vergogne ou de sa perte. Docteur Jules : « *C'est sûr que si on se retrouve dans l'exclusion ou la précarité, ça remonte à loin. C'est quand même la personne qui ne se respecte pas. Ce matin, je travaillais à la prison, c'est une population qui ressemble beaucoup à la population précaire, y a un pont entre les deux. Il suffit d'ouvrir la bouche de ces patients-là, c'est une horreur…Ils ont tous des dents dans un état catastrophique, parce qu'ils ne se respectent pas* » Donc aussi la difficulté pour le médecin d'approcher un corps qui le rebute. « *Oui, c'est sûr on a pas l'habitude de comment les aborder, des choses simples, des problèmes d'hygiène, comment présenter la nécessité d'une hygiène, de se changer mais bon .C'est difficile d'avoir ces mots là pour des gens qui de toute façon se retrouvent dehors* » observe le docteur Gaël.

c. Après la consultation

L'observance de la prescription médicale, souci quotidien en médecine générale, est encore plus problématique pour cette catégorie de patient. Le docteur Judith exprime très bien la situation : « *(…) tu mets en place une conduite à tenir et tu n'as aucune certitude que ça va être suivie…Bon tu n'en as jamais...mais là encore moins…que les médicaments vont être pris, ne vont pas être volés, que les examens vont être faits…que le rendez-vous que tu vas avoir pris, va être honoré.* » L'orientation vers un confrère spécialiste est compliquée, du fait du patient mais aussi du fait des pratiques constatées en ville concernant les honoraires. « *Quand je présente la situation, généralement les spécialistes que je connais ne pratiquent pas le dépassement d'honoraire. Ils acceptent la CMU, ils acceptent l'invalidité, ils acceptent le tiers payant, ils acceptent la tutelle, généralement ceux que je connais. Alors, je ne peux pas dire que c'est toujours très facile, mais si c'est à petites doses, et que si c'est justifié, généralement pas un mauvais retour, et il n'y a pas eu de difficultés particulières. Mais c'est vrai que l'extrême majorité du recours va se faire quand même plus à l'hôpital.* » Déclare le docteur Olivier.

2.2.6 Le paiement à l'acte

La question est soulevée par le docteur Jules. Le paiement à l'acte est identifié clairement comme une difficulté d'accès aux soins : « Le paiement à l'acte, ça s'est acquis, c'est une connerie. Pour les exclus. Même maintenant les travailleurs précaires (d'autant plus que le référent[3] a été supprimé), le paiement à l'acte est une difficulté d'accès aux soins ; une consultation toutes les 10 mn, ¼ d'heure… ça allait trop vite (…). La première pierre qui pourrait être mise dans ce jardin-là, c'est que certains soins soient forfaitaires, rémunérés au forfait ». Le paiement à l'acte favoriserait l'inflation du nombre de consultations, donc une durée de consultation écourtée de ce fait. Prendre son temps n'est pas rémunéré.

Pour le docteur Judith le problème du temps n'est pas lié au mode de rémunération : « *C'est la demande, la pression des patients, qui nous pousse, surtout en période d'épidémie. Changer le mode de rémunération ne changera pas la demande. Etre disponible pour une consultation longue en période d'épidémie sera toujours difficile, aménager une ½ heure pour un patient qui risque de ne pas venir, alors que la salle d'attente est pleine ; c'est compliqué.* » Ce serait le nombre de patients dans la salle d'attente qui limiterait l'accès au généraliste pour ceux dont la consultation est chronophage. Le médecin de famille doit faire face au nombre de demandes, c'est pourquoi le temps est compté.

3 Dispositif du médecin référent mis en place en 1998-99. Contrat passé entre le généraliste et son patient qui répond à des objectifs de qualité et de continuité de soins, de prévention, d'amélioration des conditions d'accès aux soins, l'ensemble devant aboutir à une optimisation des dépenses de santé. Cela permettait la dispense d'avance des frais. Dispositif abandonné en 2007.

Le docteur Jules propose une forfaitisation pour améliorer la prise en charge des patients précaires. Le docteur Olivier se questionne : « *(…) on passe effectivement ¾ d'heure ou plus avec le patient… parce que sans compter le temps administratif, le temps téléphone pour récupérer des éléments à droite à gauche, c'est vrai que 22 euros c'est pas très cher payé….alors, après la forfaitisation, moi je serais plutôt pour…. Mais je ne vois pas très bien par quel biais, mais pourquoi pas… pour ce type de patient, pourquoi pas…. il y a des types de patients que je vois au foyer de l'URAS, non, ça ne se justifie pas : ils ont une couverture sociale, je les vois, je fais un renouvellement de traitement ou je fais un suivi, ou je vais faire exceptionnellement un ECG, je vais faire une injection… c'est prévu, il y a une nomenclature pour, il n'y a pas de problèmes…pour certains types de patients, effectivement le temps passé, le temps de soins, de recueil de donnés auprès des partenaires, le temps ensuite administratif, le temps de décrocher le téléphone est tel, que parfois effectivement, on se dit : 22 euros c'est quand même pas très cher payé. Pourquoi pas, mais je ne vois pas par quel biais. Il faudrait qu'il soit identifié, qu'il y ait une mesure particulière (…) ça pourrait peut-être inciter les confrères s'il y avait effectivement ce système de forfaitisation de recevoir un peu plus facilement… peut être …même certainement…* » Rémunérer le temps passé avec un patient dont il faut démêler l'imbroglio médico-social, et dont on sait qu'il y a peu de chance de le suivre dans la durée, serait une incitation à ce qu'il soit pris en charge dans le cabinet du généraliste.

Il faut noter que la crainte de ne pas être légitimement rétribué pour son travail n'est pas un argument pour le docteur Olivier : « *On travaille bien pendant 6 mois, puis on le voit pas pendant 1 an et demi… ça m'est arrivé récemment : un patient, je commence à avoir de nouveau des retours, mais cet aspect-là complexe parfois pour les confrères auxquels j'en parle parfois. L'une de leurs réflexions c'est que « tu te fais pas payé », je dis non ce n'est pas vrai… je me fais payer systématiquement pour mes actes… alors, pas forcément de manière primaire au début dès que je les vois !! Ce n'est pas très grave, je vois avec l'animateur référent. Un jour je récupèrerais les numéros de sa mutuelle, les numéros de sa tutelle et on réglera ça plus tard… parce que je pense que toute peine mérite salaire et qu'on fait des actes gratuits tous les jours… mais je n'ai pas l'impression d'en faire plus pour la personne précarisé que pour les personnes…* ». Est abordée aussi le problème de l'ouverture des droits chez les patients désaffiliés. Pour sa consœur le docteur Judith, c'est le problème principal : « *Pour moi elle n'est pas là la difficulté, le problème c'est un problème de papier, d'ouverture des droits, une fois que tu as la CMU le paiement à l'acte n'est pas la difficulté.* » Le non-recours aux droits serait le principal obstacle. Une fois franchit, l'accès aux soins en médecine libérale ne devrait plus être une difficulté ?

2.3 Quels impacts sur les pratiques de ville des médecins interrogés

2.3.1 Une meilleure connaissance de la population en grande précarité permet d'adapter la pratique au cabinet du généraliste

Il y a moins d'appréhension dans la prise en charge de problématiques médico-sociales lourdes. « *Peut-être aussi que, par rapport à d'autres, la clientèle en grosses difficultés sociales me fait moins peur. Mais, ceci dit, il est clair aussi que ce sont des patients extrêmement compliqués à prendre en charge en médecine de ville, quand bien même t'es motivé, c'est très compliqué* » constate le docteur Judith. Cette moindre appréhension facilite probablement l'accueil.

Le discours médical s'adapte aux caractéristiques du patient précaire. Précaire de par sa situation sociale mais aussi de par son mode de consommation de soin ainsi que le remarque le docteur Gaël : « *Donc, on fait plus attention de mieux expliquer les choses, de rassurer, d'apprendre à être plus rassurants qu'inquiétants même s'il faut inciter les gens à se faire soigner, leur dire la nécessité de faire certains examens, ou traitements. On ne va pas avoir la même attitude envers une personne qu'on suit sur le long terme qu'envers une personne qu'on voit ponctuellement. On a pas les mêmes mots et la même prise en charge avec quelqu'un qu'on va continuer à suivre qu'une personne qui passe très rapidement sans pour autant investir trop de la personne, parce qu'il y a quand même une approche, un respect de la personne qui n'est que de passage*. » Son confrère le docteur Richard le dit autrement : « *Oui…bien sûr… ça ne peut qu'améliorer et le regard qu'on porte (même si sur un plan personnel, j'essaie déjà d'avoir cette attention aux gens les plus démunis) sur le plan pas forcément matériel mais psychologique...psychologique ou cognitif…c'est ça…* »

2.3.2 Une meilleure connaissance du réseau social facilite l'orientation

« *C'est difficile de le dire car en fait, quand je me suis installée je travaillais déjà à MDM. Je n'avais pas une pratique antérieure. Je remplaçais et ce n'est pas pareil quand tu travailles sur la clientèle de quelqu'un d'autre et sur ta clientèle. Je ne peux pas dire que ça a modifié ma pratique, je pense quand même que par rapport à d'autres médecins que j'ai pu rencontrer, que je peux connaître, j'ai une connaissance plus importante du réseau, des problématiques sociales, des démarches à faire, des possibilités d'aides, et que donc je vais certainement plus loin que d'autres dans les orientations sociales que je vais donner à mes patients, parce que je sais, parce que j'ai des connaissances* », énonce clairement le docteur Judith.

A côté des correspondants spécialistes, le carnet d'adresse du généraliste s'étoffe avec les correspondants sociaux et administratifs : « *C'est sûr qu'au niveau du réseau social, ça permet de connaître un petit peu les structures existantes…Moi, je m'en sers assez peu parce que je suis à 10 km de là, je ne fonctionne pas trop avec les gens de la ville mais bon ça existe, que ce soit le Samu social, ça permet aussi d'y participer de temps en temps, d'aller vers les autres. Au niveau de l'équipe coordinatrice, c'est des gens qui se connaissent, qui travaillent ensemble, qui échangent les adresses, ça permet d'avoir un lien. Moi, je sais que si j'ai un problème particulier, je peux les interpeller…et leur dire, soit je vous envoie telle personne avec tel problème… A ce niveau-là, ça améliore la prise en charge* » dit le docteur Gaël.

2.3.3 Le travail en réseau avec les travailleurs sociaux facilite la relation médecin malade

Soit en amont de la consultation comme le remarque le docteur Gaël : « *On a une coordination entre l'infirmière, l'assistante sociale qui voit en premier les personnes qui permet de mettre en confiance en faisant l'inventaire des difficultés, des problèmes rencontrés et qui ne fait que proposer le passage vers le médecin.* » La mise en en confiance du patient se fait par la prise en compte des problèmes immédiats, qui souvent sont sociaux pour cette population.

Soit au cours de la consultation où la demande est portée par un tiers comme l'a vécu le docteur Judith : « *(…) de prendre son temps, de pas l'examiner ce jour-là, s'il n'est pas prêt à être examiner, donc c'était beaucoup plus facile du fait que la personne arrivait accompagnée, donc un peu plus rassurée…un dialogue à trois au début qui permettait à la personne de prendre sa place au rythme où il le voulait, donc ça c'était très confortable pour le patient et très confortable aussi pour moi. Vraiment très confortable pour moi*. » S'adapter à la temporalité du patient précaire, lui permettre un temps d'observation, apaiser ses craintes pour entrer en relation avec le médecin ; et pour celui-ci la présence de l'éducatrice, dans cet exemple, permet de faciliter l'anamnèse, probablement l'empathie et ainsi « *prendre en charge des patients que tu ne pourrais pas prendre en charge sinon.* »

La gestion du temps de la consultation est facilité aussi par l'intervention des travailleurs sociaux, pour le docteur Olivier : « *pour avoir du temps, pour voir un petit peu comment ça va se passer, pour établir le lien qui n'est parfois pas simple. On ne peut pas être rapide, on ne peut pas expédier ; d'autant qu'il y a souvent dans cette démarche parfois quelqu'un qui va accompagner (quelqu'un de l'UMASS, quelqu'un l'UMAPP, quelqu'un du Lien), qui va accompagner, donc qui va nous livrer des informations, puis après qui va vouloir se retirer pour qu'on fasse notre travail d'auscultation, et puis après qui va revenir parce qu'on va échanger de nouveau nos informations sur un suivi et remettre un rendez-vous… C'est un petit peu particulier, pas toujours facile à articuler avec la médecine général… Le problème du temps…* ».

Ces consultations forcément longues demandent une autre adaptation à la réalité psychosociale de ces patients. La relation thérapeutique s'établit différemment qu'avec la clientèle habituelle du médecin de famille.

2.3.4 Prise de conscience des besoins de formation

Selon le parcours professionnel les besoins sont diversement exprimés. Cependant les besoins en dermatologie, en psychiatrie et dans la prise en charge des addictions sont les plus ressentis. « *On n'est pas tous formés de la même façon en ville, on a tous nos centres d'intérêt* » nous dit le docteur Judith. Mais sont unanimement déplorés le « *manque de formation sur la précarité et sur les enjeux sociaux pendant notre cursus* » ainsi que l'exprime le docteur Olivier, « *Clairement, je suis parfois dépassé, notamment sur les pathologies psychiatriques (...), puis sur les dermatoses parfois très évoluées. (...) Et sur les comorbidités induites par la précarité.* »

Sur ce dernier point son confrère le docteur Gaël n'a pas le même point de vue : « *Cliniquement, toutes les pathologies rencontrées sont des pathologies classiques, après majorées par la situation sociale des gens…c'est l'alcoolisme, c'est l'hygiène, c'est …. Négligence bucco-dentaire, malnutrition, surtout ça…* » Il pointe plutôt un besoin de savoir-faire dans la relation : « *Oui, c'est sûr on n'a pas l'habitude de comment les aborder, des choses simples, des problèmes d'hygiène, comment présenter la nécessité d'une hygiène, de se changer mais bon. C'est difficile d'avoir ces mots là pour des gens qui de toute façon se retrouvent dehors.* » Savoir-faire qui pose question aussi au docteur Olivier : « *... il y a l'habitude de dire aux gens « écoutez ; allez aux douches municipales et revenez tout à l'heure », redonner un rendez-vous de manière décalé… Parfois c'est fait, parfois je ne revois pas la personne, parfois ou je la revois 1 ou 2 jours plus tard… donc je pense que ça aussi c'est une difficulté, c'est une difficulté.* » N'est-ce pas la problématique du seuil d'exigence qui s'exprime là ?

2.3.5 « Non ça n'a rien changé »

Alors que le docteur Gaël nous dit : « *C'est toujours la même chose quand on sort un peu du cadre d'exercice habituel, par rapport à la clientèle…on s'imprègne un petit peu du vécu dans tous les modes d'exercice, forcément ça retentit*. », plusieurs médecins déclarent que leur pratique quotidienne n'a pas changé. Parce qu'il était déjà souple au niveau du cadre comme le docteur Richard, parce qu'il y avait une expérience antérieure avec la précarité avant de s'installer comme le docteur Judith, parce que le quartier où il exerce amène déjà une clientèle précarisée comme au cabinet du docteur Jean ou parce qu'il n'y en a peu comme sur la commune du docteur Pierre.

Que le savoir-faire acquis avec les patients précaires n'a finalement que peu d'impact sur le quotidien de leur pratique de généraliste ?

Le changement n'est pas ressenti de façon radicale mais au regard de ce qui a été développé ci-dessus, les réflexions sur l'abord du patient, sur la demande de soins, sur le travail en réseau, sur la position du médecin, sur l'accès aux soins on peut s'interroger sur ce ressenti.

2.4 Projections du cabinet de ville idéal : quelle structure de premier recours pour élargir l'accès aux soins aux plus démunis ?

Commençons par constater avec le docteur Richard que ce ne sont pas les généralistes qui voient le plus les patients les plus démunis : « *... le fait de travailler dans la permanence d'accès aux soins de santé, ça m'a plutôt enrichi sur le plan du travail d'équipe, sur le plan de la connaissance de cette précarité mais qu'on ne peut... enfin… (sur les 5 ans d'expériences)… qu'on ne peut pas toucher en tant que médecin généraliste… On a fait beaucoup de mailing sur les généralistes au niveau de l'accès aux soins de santé… C'est pas eux qui voient les gens en grande précarité c'est ça le problème…* »

Qu'imaginent ces médecins qui ont eu l'expérience de soins aux personnes précaires pour améliorer leur accès aux soins primaires ?

2.4.1 Un regroupement pluridisciplinaire

« *Et oui… justement cette ouverture facile de la porte ! Donc ça, ça correspond à une sorte de possibilité d'accueil des gens… peut être que justement, si il y avait, comme je disais tout à l'heure, si il y avait pas que des médecins, si il y avait d'autres para médicaux qui sont peut-être un petit peu moins sur un piédestal, entre guillemet, ils auraient peut-être accès plus facilement. S'il y avait une infirmière à coté, un psychologue, peut-être qu'ils franchiraient plus facilement la porte. Là, peut-être à ce moment-là, et par ce biais, là… hop ! On pourrait les voir plus facilement…. Voilà… Ca, c'est au niveau du cabinet* » remarque le docteur Pierre. Celui qui franchit le seuil ne doit pas se sentir contraint de voir un directement un médecin. La possibilité d'un soin infirmier, d'une rencontre avec un assistant social pourrait permettre le repérage et l'accompagnement d'une demande de soin médical. Le docteur Gaël évoque même la possibilité de se laver.

Une offre multidisciplinaire adaptée à toute demande d'aide, permettant d'élaborer un recours aux soins s'il y a lieu.

Par ailleurs, la coexistence de plusieurs professionnels permettrait de fluidifier la prise en charge globale comme l'évoque le docteur Olivier : « *Je pense que les maisons de santé où il y a aussi la possibilité d'effectivement d'avoir l'infirmière à coté qui va pouvoir faire un petit prélèvement (parce que quand on dit à son patient « est ce que vous acceptez une prise de sang ? » c'est pareil, il ne faut pas lui fixer des délais trop large.*

« Tenez, pour votre pied, je pense qu'il n'y a rien, mais il va peut-être falloir commencer un peu de kiné pour votre rééducation de la marche). Moi, je pense quand même… une prise en charge pluridisciplinaire sur place éventuellement (la permanence de la sécu ou de la CAF), pour remettre à jour les papiers. »

Le docteur Jean imagine des pratiques innovantes que permettraient ce type de cabinet : « *On pourrait très bien imaginer une consultation où il n'il n'a plus de critères temps, mais une consultation d'équipe. On pourrait se mettre à plusieurs autour d'une table, au lieu de mettre une table comme ça, on mettrait une table ronde. Le patient serait autour de la table ronde également, on lui poserait des questions, et puis la partie médicale bien sûr vient, on est dans un cabinet médical et puis on retournerait à la table ronde. C'est tout à fait faisable. C'est un peu utopiste mais pourquoi pas ?* » Une version du colloque singulier ?

2.4.2 « Aller vers »

Quelles stratégies pour toucher une population qui est dans le non-recours aux soins ?

Le docteur Jean imagine un tiers dédié : « *Un corps social adapté à la précarité parce que comme ils ne viennent pas au cabinet, il faut aller les chercher chez eux. Soit le médecin va au domicile faire les visites, est-ce qu'il va ouvrir la porte ? Le problème est tellement complexe que un médecin tout seul, il ne s'en sortira pas. Je dirais presque que pour faire une consultation traditionnelle, il faudrait 3 ou 4 pour résoudre tous les problèmes un par un. Donc, il serait peut-être intéressant qu'on ait une sorte de chauffeur. Comme on a quand on fait nos gardes, avec juste un permis de conduire, y a pas besoin d'être médecin ou assistante sociale... du moment qu'il sait où il faut aller chercher les gens et ce gars-là doit avoir aussi le sens du contact. Parce que si on a un pitbull ça ne sert à rien. Quelqu'un qui a le sens du contact, l'idéal serait presque un ancien SDF, parce qu'il connait, celui-là on va pas le berner...qui puisse avec l'assistante sociale de quartier, qui puisse dire là y a une famille qui a des soucis. Comme ils ne viennent pas, on irait les chercher, on les amènerait au cabinet* » Un SAMU social attaché au cabinet en quelque sorte. Cependant, cela pose des questions éthiques : jusqu'où aller lorsqu'il n'y a pas de demande ?

Les docteurs Olivier et Pierre évoquent une autre stratégie moins intrusive. « *Ce sont des patients qui ne sont pas demandeurs au premier abord, mais en fait qui demandent une approche complètement différente de celle qu'on a au cabinet. Au cabinet, le patient vient, sa démarche est primaire : c'est de venir vous voir déjà avec au moins un motif. Le patient, dans les structures type CHRS, n'a pas forcément de demande. Donc, on va un petit peu au-devant de ces demandes, déjà, en se faisant connaitre, en étant là, en s'étant identifié comme un médecin, et en proposant ses services(…). Il m'arrive parfois d'arpenter les couloirs et puis d'avoir un patient qui dit : « ah au fait docteur vous êtes là » et de commencer à échanger.*

Cà, je pense que c'est une démarche qui est unique, que je ne retrouve pas en étant étudiant à l'hôpital, dans mon cabinet de médecine générale ou lors de mes remplacements. » Nous dit Olivier, ce que Pierre corrobore en évoquant son expérience avec les Compagnons d'Emmaüs : *« Quand on peut aller au-devant, je pense que c'est la solution parce que...je me répète, mais je pense qu'un certain nombre de gens ne franchiront plus la porte.* » Dans ces exemples, le médecin est dans une structure. Il est à proximité de ceux qui auraient besoin de soins et identifié dans sa fonction. Ce sont les patients potentiels qui font le dernier pas. Qu'est-ce qui serait possible de faire au niveau d'un territoire pour le généraliste, auprès de structures associatives de quartier ou de foyers d'hébergement ?

Le docteur Jules y a pensé : « *Je pensais à quelque chose, que dans la démarche de nous en tant que généralistes, par rapport aux personnes en difficultés d'accès aux soins, c'est d'aller vers. On ne peut pas faire ça. On ne peut le faire qu'ici. Nous ici on peut se permettre d'aller dans un foyer. On n'attend pas que les gens viennent consulter.(…). Ce qu'on ne peut pas faire en cabinet, on peut de façon sympathique, passer voir un patient qu'on connait mais c'est difficile d'aller vers celui qu'on connait pas…chapeau aux bénévoles, les associations…eux savent comment faire. Est-ce que ça, ça peut faire partie des compétences d'un généraliste dans un quartier par exemple ? Le sujet est très compliqué. Ce n'est pas qu'une question d'organisation du système, le paiement à l'acte organise essentiellement le système, y a pas que ça dans le fait que les personnes ne puissent pas venir mais qu'est-ce que nous en tant que généralistes, on peut mettre en place pour ça ? Travailler dans les dispensaires, continuellement ou de manière alternée peut être une solution.* »

2.4.3 Le dispensaire, une solution ?

Le docteur Jules est favorable à ces structures. Mais sa consœur est dubitative : « Le fait d'aller au même médecin que les autres gens de l'immeuble, quelque part, c'est une forme d'insertion, et aller au dispensaire, c'est pas que c'est stigmatisant mais quelque part il se passait aussi des choses dans la salle d'attente entre les mères qui parlaient et ces femmes-là, je pense à deux femmes qui se sont mis à venir au cabinet, c'était aussi une forme de normalité quoi. Voilà donc, en plus un dispensaire tu vas le faire à un endroit, tu vas pas faire…(…)

Pour moi, l'idée, c'est plutôt d'aider les gens c'est à dire des structures d'accompagnement (…) Là aussi l'important c'est de rester dans les circuits les plus normaux, de pas aggraver tout ce qui est marginalisation, de continuer à aller au médecin du quartier, de rester le plus possible dans une démarche commune. » Le dispensaire, connoté comme lieu de soin des indigents, pourrait précipiter la dégradation d'une image de soi déjà altérée par les conditions socio-économiques ou psychologiques d'une personne en voie de désocialisation. Le cabinet du médecin de famille permettrait de maintenir cette image de soi ; il fait lien avec la communauté. C'est un lieu social.

Le docteur Judith reconnaît cependant que le concept de dispensaire a sa place pour une population aux marges de la société.

A cette critique, le docteur Jules réagit vivement : « *Ceux qui disent ça, ne veulent pas que la pauvreté apparaisse sur le terrain. Vaut bien mieux la cacher comme c'est fait actuellement. C'est une idée fausse. A partir du moment où on met en évidence une carence de la société, on la met en évidence, elle ne stigmatise pas, on la met en évidence. Bien sûr qu'il ne s'agit pas que tout le monde aille se faire soigner dans les dispensaires. Si ça fait plaisir à certain d'aller payer… (…). Le fait de faire exister la PASS à l'intérieur de l'hôpital met en évidence qu'il y a des personnes qui sont en difficultés d'accès aux soin* » Il se place, semble-t-il, dans un point de vue de santé publique : il faut répondre à un besoin, et celui-ci est mis en évidence par l'utilisation d'une structure telle que le dispensaire ou la PASS. Le dispensaire est vu ici comme un accès aux soins primaires de proximité, auquel tout un chacun peut s'adresser, alors que la PASS est spécifique aux patients précaires et est conçu pour un bassin de population aussi large que celui de l'hôpital auquel elle est rattachée.

Il reconnait le risque noté par le docteur Judith : « *Je ne dis pas que le risque n'existe pas de favoriser un phénomène d'exclusion. Si le dispensaire joue son boulot, il ne va pas forcément fidéliser ses patients. Si on reste dans le schéma actuel, le suivi serait pour les cabinets de ville et les dispensaires pour l'accès aux soins. Le dispensaire n'est pas là pour fidéliser, ce que font malheureusement les PMI. Il faut toujours s'arranger pour trouver les relais, nous ce qu'on fait ici (…). Est-ce que c'est un dispensaire pour que les gens aient de nouveaux accès aux soins où est-ce que c'est un dispensaire qui va tout faire à la place de la personne ? C'est quand même plus intéressant qu'ils redeviennent acteurs de leur santé. Ce n'est pas facile, ça prend du temps. Un dispensaire vu comme ça pourquoi pas. C'est sûr que si on passe par un dispensaire, c'est qu'il y a quelque chose qui déconne dans la vie. Ça ce n'est pas un facteur d'exclusion, c'est d'essayer un passage de réintégration. Y'en a où on a échoué mais des fois on a réussi…si on prend le schéma de la PASS.* » Prendre le patient là où il en est dans ses difficultés psychosomatiques en gardant une dynamique de réinsertion et de ré-autonomisation.

Même s'ils se placent à des points de vue a priori divergents, les deux praticiens, confrontés à la précarité, reconnaissent la légitimité de deux pratiques de soins primaires différentes et complémentaires.

2.4.4 Le seuil d'exigence

« *... C'est que… on a la chance, nous [à la PASS], d'avoir des locaux impeccables, qu'il y a des bureaux qui valent largement des bureaux de médecins, qui sont très propres, et les gens se sentent vraiment accueillis et respectés dans leur dignité… la confidentialité est assuré… et très rapidement, il s'établit une relation de confiance avec ces gens en grande précarité…*

Je crois que c'est surtout l'aspect de gratuité parce que ce sont des gens qui sont dans de telles difficultés que… Qu'il y ait une très belle maison médicale ou qu'il y ait qu'un petit cabinet de 20 m², s'ils savent qu'ils seront accueillis avec le sourire, et que leur problème d'argent n'est pas un problème, ils pousseront la porte. Ce n'est pas tant une question qu'il y ait ou pas d'acteurs de santé, que la possibilité d'être accueillis avec dignité, quel que soit leur situation financière etc...C'est vraiment ça... enfin pour moi, c'est ça. » Ce que nous dit le docteur Richard c'est que l'accès aux soins serait favorisé par un accueil où il n'y a pas de sentiment de rejet. Ni sur le plan financier, ni lié à leur condition sociale. Voilà ce qui installerait la confiance chez des patients qui ont souvent fait l'expérience du rejet, réel ou ressenti. Tant qu'il y a cette exigence du côté des professionnels, la forme de la structure d'accueil n'est pas la donnée prioritaire.

Cependant dans un cabinet médical où sont amenées à se côtoyer plusieurs franges de la population, il y a un seuil d'exigence, notamment au niveau de l'hygiène ou de l'organisation : « *Autant effectivement s'ils viennent me voir ici, il faut qu'ils soient dans un état correct. Pourquoi ? Parce qu'ils vont se mélanger dans une salle d'attente ou il va y avoir des mamans des vieillards etc. (...) il y a l'habitude de dire aux gens « écoutez ; allez aux douches municipales et revenez tout à l'heure », redonner un rendez-vous de manière décalé… Parfois c'est fait, parfois je ne revois pas la personne, parfois ou je la revois 1 ou 2 jours plus tard… donc je pense que ça aussi c'est une difficulté, c'est une difficulté* », dont se rend compte le docteur Olivier. Cette exigence légitime sélectionne de fait ceux qui sont en mesure de l'entendre et d'y répondre. Il semble compliqué d'élargir l'accès au cabinet de médecine générale sans se poser la question du bas seuil d'exigence.

[1] Unité Mobile d'Assistance Psychiatrique aux Personnes Précarisées
[2] Comité d'Action et de Promotion Sociale

DISCUSSION

1. CRITIQUE DE LA METHODE

1.1 Subjectivité de l'enquêteur

Notre intérêt personnel pour cette question est né d'une pratique bénévole pendant près de 10 ans auprès des usagers des équipes mobiles du Samu Social de Rouen et des Resto du Cœur dans l'association Soins Pour Tous. Cette association de soignants proposait des soins à ces personnes rencontrées dans la rue. Son action est décrite dans le travail de C.Argentin (54). C'est en quelque sorte de la rue que notre point de vue s'est forgé sur la question de l'accès aux soins de ville des personnes précarisées. D'autant que l'objectif premier de l'association, ou plus véritablement son horizon, était l'aide à l'orientation de ces personnes vers les parcours de soins de droit commun.

1.2 Choix de la recherche qualitative

Il s'est imposé du fait de l'objet de la question : pourquoi les généralistes reçoivent peu les patients en grande précarité ? A quelles difficultés sont-ils confrontés ? Quels ajustements seraient envisageables ? Il s'agit d'en comprendre la nature.

1.3 Echantillonnage

Le choix de sélectionner des généralistes installés qui avaient ou qui avaient eu une pratique médicale auprès des patients précaires tient à deux raisons. La première est que nous avons supposés a priori qu'ils n'auraient pas de représentations péjoratives de ces populations, ce qui a été le cas. La deuxième est que l'expérience des deux pratiques favorisait un point de vue « en connaissance de cause » augmentant ainsi la fiabilité des données

Nous avons sélectionné les médecins en appelant les PASS du département d'une part, et d'autre part par la connaissance que nous avions de leur pratique ou de leur parcours.

Quinze médecins ont été ainsi sélectionnés. Les huit praticiens qui n'ont pas participé à l'étude n'ont tout simplement pas donné suite à nos demandes sans en indiquer la raison.

1.4 Elaboration du guide d'entretien

Les items ont été choisis après lecture de la littérature et après des échanges téléphoniques informels avec les docteurs Foulcras, Ménard et Estecahandy qui font partis du Collectifs des MEdecins Généralistes pour l'Accès aux Soins, ainsi qu'avec le docteur El Ghozi, responsable du réseau Santé-Ville de Créteil.

La forme d'entretiens semi-dirigés a permis d'aborder tous les thèmes à chaque entretien.

1.5 Saturation des données :

On peut supposer que le faible nombre de médecins interrogés n'a pas permis d'atteindre la saturation des données. La saturation est atteinte lorsqu'on observe la redondance des données recueillies d'un entretien à l'autre. Si l'on retrouve un certain nombre de redites d'un entretien à l'autre, il n'y a pas eu d'entretien où, d'évidence, rien de nouveau apparaissait.

Nous avons pu cependant interrogés des médecins dont le milieu d'exercice en libéral est diversifié, ainsi que les dispositifs de soins spécifiques où ils ont pratiqués. Cette diversité des pratiques se retrouve dans la diversité des parcours qui les ont amenés à s'intéresser à la question de la précarité. On peut estimer alors que les données recueillies sont suffisamment riches pour permettre une discussion valide.

2. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES STRUCTURES DE SOINS SPECIFIQUES AU TRAVERS DES ENTRETIENS:

Les structures spécifiques, c'est à dire PASS, lits halte santé, dispensaire associatif, évoqués aux cours des entretiens ont, aux yeux des généralistes interrogés, plusieurs avantages.

2.1 Le travail en équipe pluridisciplinaire

Le travail en équipe pluridisciplinaire en fait partie. Outre l'attrait qu'il constitue pour des médecins travaillant souvent seuls, il est surtout mis en avant en tant que facilitateur du travail médical. L'accueil fait par un intervenant, formé pour faire face aux difficultés sociales des usagers, à leur comportement socioculturel. L'importance de cet accueil apparait dans un travail de thèse (55) portant sur l'évaluation des PASS de Chambery et de Grenoble par les usagers, où il ressort que « les critères ressentis comme les plus importants étaient l'accueil chaleureux et l'accompagnement dans les différentes démarches. » En effet le travail des différents corps de métiers (assistante sociale, infirmière, éducateur spécialisé,...) permet de répondre à l'ensemble des problèmes posés par la situation des usagers, notamment l'ouverture ou la remise à jour des droits tout en instaurant la relation humaine adéquate. Et lorsque la demande de soins n'est pas directe, de pouvoir l'entendre, la repérer et accompagner le patient vers le médecin. Celui-ci reçoit un patient qui a déjà fait un parcours, et sur lequel les regards d'autres professionnels se sont déjà posés. En ce qui concerne les PASS, l'orientation vers le plateau technique de l'hôpital et les spécialités est facilitée.

Le travail en équipe apparait là comme un atout pour répondre à l'ensemble des besoins d'un patient en situation de précarité et pour établir un accueil favorisant la qualité de la prise en charge thérapeutique.

Quels sont les facteurs favorisants la qualité de la prise en charge qui apparaissent dans les entretiens?

L'intervention d'un tiers en amont ou pendant la consultation semble être le facteur majeur. Les consultations à trois sont mêmes qualifiées de "vraiment très confortables". Au-delà de l'aspect pratique de cette intervention (recueil des éléments biographiques et d'anamnèse, éviter au patient de se répéter, compréhension facilitée du contexte socioculturel), il semble que c'est la relation thérapeutique qui est favorisée. On comprend bien que la relation déjà établie par le patient avec le travailleur social, permet une demande plus confiante dans la capacité du médecin à répondre à ses problèmes de santé.

Mais ce qui nous apparaît surtout c'est que l'intervenant social permet un meilleur contre-transfert du médecin (le contre transfert est entendu ici comme l'ensemble des réactions affectives conscientes ou inconscientes que le médecin éprouve vis à vis du patient). Le médecin soulagé de la gestion de la problématique sociale peut se concentrer sur son cœur de métier, il y a moins d'appréhension, plus de compréhension. La fiabilité de la parole du professionnel du social se répercute dans la relation au patient précaire. Et ce tiers permet probablement de d'amoindrir la distance culturelle entre le médecin et le patient précaire.

Nous formons l'hypothèse que les structures de soins spécifiques aux patients précaires joueraient ce rôle de tiers entre les patients et les médecins. Un espace cadrant et suffisamment tolérant, un espace de transition permettant l'émergence de la confiance indispensable à une relation thérapeutique suffisamment bonne. Voilà ce qu'exprime, à notre sens, le docteur Olivier lorsqu'il décrit une "pratique unique", jamais rencontrée auparavant.

2.2 La temporalité permise par le travail dans une structure dédiée à la précarité.

Les médecins ont le temps de pratiquer des consultations longues, le temps d'"aller vers" et le temps de "laisser venir", le temps de participer à des réunions d'équipe. Facteur important, ce temps de travail est rémunéré.

Le temps d'"aller vers", se déplacer dans les foyers, arpenter les couloirs, favoriser des rencontres qui aboutiront peut-être à une demande autour de problèmes de santé. Se donner ainsi la possibilité d'aller sur les lieux du social, pour diminuer la distance géographique et symbolique à l'accès aux soins.

Laisser le temps au patient de prendre une douche (les PASS ont aussi une mission d'orthogénie) avant d'aller voir le docteur.

Ce qui peut prendre beaucoup de temps au médecin est l'élaboration d'un réseau avec les différents partenaires sociaux, associatifs, médicaux et, s'agissant des PASS, intra-hospitaliers.

Une temporalité adaptée c'est aussi des consultations sans rendez-vous permettant des consultations ressenties comme urgentes mais ne relevant pas du service des urgences, permettant un suivi ultérieur souple s'il y a lieu. P.Foucras[4] souligne l'importance des plages de consultation sans rendez-vous pour les populations précaires (56).

Ce cadre structurel permettrait donc de s'adapter à la temporalité différente qui serait induite par la précarité. Qu'est-ce qui justifierait l'adaptation du temps des soignants au temps des patients précaires?

Le rapport au temps est altéré par des conditions socio-économiques précaires nous dit le sociologue Robert Castel (57): « La précarité est aussi un rapport au temps. Car pour maitriser l'avenir, il faut une certaine stabilité du présent. Les droits constitutifs de la propriété sociale permettent de planifier sa vie. Si on en est privé, on est obsédé par le présent sans savoir de quoi demain sera fait. La remontée de l'insécurité sociale, c'est aussi le retour à la vie "au jour la journée ». Il ne relie pas ce rapport au temps à une caractéristique psychosociale mais aux transformations de la condition salariale et à l'émergence du précariat. Ainsi, l'anticipation et la projection dans l'avenir sont altérées par la situation précaire présente et cela pourrait être un facteur de non recours aux soins. Les travaux de N. Fieulaine (58) en psychologie sociale semble aller dans ce sens : « Avoir recours à l'aide ou aux droits sociaux, c'est concevoir sa situation comme durable (condition d'un besoin et de la possibilité d'envisager une solution) et s'engager dans une pratique de planification, c'est-à-dire de mise-en-œuvre d'actions présentes en vue de transformer l'avenir ». Son approche invite ainsi à nous interroger sur l'inadéquation entre les temporalités portées par les dispositifs d'action, dans le domaine de l'insertion économique et de la santé, et les temporalités portées par les individus en situation de précarité, en tant qu'elle peut provoquer des phénomènes de non-recours. S'adapter à la temporalité des patients, en situation de précarité permet d'éviter un des facteurs du non-recours aux soins.

2.3 Le travail en réseau

La connaissance du réseau médicosocial est un point important que les médecins interrogés ont retiré de leur expérience en structures de soins spécifiques. Connaissance des différentes possibilités d'hébergement, de mise à l'abri, la spécificité des différentes structures sociales. Mentionnons aussi les associations et les équipes mobiles. Enfin n'oublions pas les actions territoriales telles que les Ateliers Ville-Santé.

4 Médecin généraliste, membre du COMEGAS (collectif de médecin généraliste pour l'accès aux soins)

Connaissance du réseau et mais aussi de la façon de l'utiliser, c'est à dire les différentes indications d'orientation selon les problématiques des usagers. La domiciliation nécessaire pour être éligible à l'AME, par exemple, est une des premières difficultés pour les étrangers malades.

Travailler en réseau nécessite de se faire connaître et reconnaître par les autres acteurs du réseau. C'est ce à quoi se sont employés au sein de la PASS deux des médecins interrogés. Travailler en réseau est aussi une difficulté car il faut « prendre sa place » et s'articuler avec des logiques de prises en charges parfois éloignées les unes des autres. Une coordination ou un comité de pilotage peuvent être précieux à cet égard car un réseau étoffé et efficient s'installe sur le temps long. C'est un savoir-faire en soi qui nécessite des acteurs pérennes.

Notons que les médecins qui ont le plus développé cette question lors des entretiens sont les seuls qui travaillent de façon très régulière dans leurs structures et qui en sont les référents.

Le travail en réseau est d'autant plus important que l'objectif affiché de tous ces dispositifs est l'accompagnement vers les parcours de soins de droit commun.

2.4 La principale critique faite aux dispositifs de soins spécifiques à la précarité dans nos entretiens est le risque de laisser une population vulnérable aux marges du système commun de la santé.

Ce risque est souligné dans le travail de M.PEYRET et L.BLACHE (55) où elles notent la complexité du retour au droit commun de certains patients des PASS," les notions d'attention et de gentillesse favorisant la compréhension étaient aussi évoquées. Les personnes interviewées exprimaient leur attachement au dispositif par un attachement aux professionnels alors qu'en médecine libérale, cette relation apparaissait d'ordre plus pragmatique et initialement moins personnalisée. Les liens sociaux étaient moins marqués et l'accompagnement médical plus distant. On peut supposer que ce lien de confiance établi au fil du temps explique que certains restent attachés au dispositif." L'intervention sociale persistante serait un outil précieux pour accompagner les usagers des PASS vers le droit commun: "Cet accompagnement débuté pour certains avec leur prise en charge à la PASS paraissait se poursuivre dans le système de droit commun et en déterminer en partie le cheminement." Nous retrouvons là l'importance du travail en réseau coordonné. Ce qui nous semble important de retenir est que pour une partie des usagers des PASS le passage au droit commun est fortement conditionné par la confiance qu'ils ressentent dans les capacités d'accueil et relationnelles des professionnels libéraux.

Il y a donc un frein du côté des patients du fait d'une capacité à (re)venir dans un circuit commun de santé. Les parcours de soins sont parallèles aux parcours de vie.

Cependant la critique, explicite ou implicite, portait plus précisément sur la stigmatisation qui pouvait marquer un patient dont les conditions économiques d'accès aux soins se dégradent et qui se sentirait contraint de faire appel à une structure dédiée à la précarité, accompagnant son sentiment de faire partie désormais d'un groupe social "plus bas" et précipitant ainsi une dégradation de l'image de soi. Il vaudrait mieux éviter, en somme, d'accroitre le sentiment de rupture. Cette critique interroge, nous semble-t-il, les politiques publiques ciblées, où l'aide sociale est fortement conditionné au revenu (ce qui serait, rappelons-le, un des facteurs explicatifs des inégalités sociales de santé), entrainant frustration et stigmatisation entre ceux qui "y ont droit" et ceux qui "n'y ont pas droit", notamment chez les personnes victimes des effets seuils ou des contraintes administratives. Michel Borgetto, dans sa contribution à l'ouvrage de C.Bec et G.Procassi (59), pointe le ciblage des prestations sociales qui substitue le principe d'équité à celui de solidarité et en cela « remettrait en cause l'intuition centrale des pères fondateurs de la sécurité sociale selon laquelle la force de celle-ci comme facteur de cohésion sociale résulte en premier chef de ce que tous peuvent en attendre un bénéfice. »

L'accès aux soins diversifié selon les revenus, bien que légitime au regard de l'équité et des besoins de santé des franges les plus démunies de la population se trouvant sur le sol français, aurait un impact délétère sur le sentiment d'appartenir, quel que soit sa condition sociale, à une même communauté.

Ce qui est questionné c'est la pertinence d'un accès aux soins primaires unique, « universel », que ce soit sous la forme du cabinet du généraliste ou de la structure type dispensaire, qui serait moins stigmatisant car accueillant la plus large partie de la population, donc plus solidaire de façon structurelle. On pense là à l'organisation britannique des soins primaires et à son impact positif sur les inégalités sociales de santé. La généralisation du tiers payant en France à l'ensemble de la population pourrait constituée une réponse à cette problématique.

3. LES CONDITIONS POUR UN ACCUEIL DU PATIENT PRECAIRE AU CABINET DU GENERALISTE

3.1 Le patient précaire, de qui parle-t-on dans les entretiens?

La définition de la précarité, nous l'avons vu, est difficile en cela qu'elle tente de regrouper des situations hétérogènes. Différentes définitions sont proposées. Ce qui nous semble important de retenir c'est que la précarité sociale est une situation dynamique et qu'il faut la distinguer de la pauvreté, même si la grande précarité recoupe effectivement la grande pauvreté. En effet la pauvreté ne fait pas disparaitre nécessairement la culture et le lien social.

A partir des entretiens, nous distinguerons le patient qui pose problème, le patient qui pose question et le patient précaire dont on n'a pas parlé.

3.2 Le patient précaire qui pose problème

Dans les entretiens que nous avons eu avec ces généralistes le patient précaire dont la prise en charge est compliquée au cabinet médical est le patient très désocialisé, désaffilié, représenté par la figure du Sans Domicile Fixe.

Nous avons noté que ces difficultés (la présentation, le comportement, dans la salle d'attente ou pendant la consultation, la relation médecin-malade) demandent au généraliste un investissement particulier vis à vis de ce patient *hors normes*.

En premier lieu, ce qui nous semble ressortir des entretiens, c'est l'investissement personnel envers les sans domicile fixe. Comme il est dit par un des médecins, ils ont des affinités. Une sensibilité, un questionnement, un souci déontologique déterminent l'intérêt pour cette prise en charge plus que ne l'obligerait le bassin de population où est implanté leur cabinet médical. Ce sont des médecins engagés, qui ont font la démarche d'« aller vers ». Et, cela est diversement exprimé lors des entretiens, la pratique développe l'intérêt professionnel pour cette prise en charge médicale. Il nous semble important de le souligner car cela indique que l'intérêt exprimé ne se réduit pas seulement à un intérêt « humanitaire ».

En effet, P. Foucras (60), pointe l'écueil qu'il y aurait à rester dans le registre de la vocation à soigner des précaires, et encore plus du « sacerdoce » : « Le moteur de l'action doit être la raison, ou l'éthique, pas l'émotion ou la charité. Les populations précaires souffrent trop d'engagements à leur coté qui ne sont dictés que par la seule émotion. C'est également la seule garantie pour que le médecin ne s'arrête pas quand il ne ressentira plus rien ».

L'investissement en temps à toutes les étapes de la prise en charge au cabinet du généraliste est unanimement décrit comme une difficulté majeure. Nous n'y reviendrons pas. Dans le cadre de l'exercice libéral de la médecine générale, le paiement à l'acte semble poser problème à cet investissement en temps. Même si, comme le fait remarquer un médecin, la rémunération est socialisée par la convention avec l'Assurance Maladie. Il n'en demeure pas moins que la non rémunération du temps "hors soins" ne permet pas aux professionnels d'évaluer plus précisément les conditions de vie des patients, d'avoir des temps d'échanges avec d'autres professionnels sociaux, juridiques ou sanitaires, ou encore d'affiner l'éducation thérapeutique pour des patients dans un contexte social très dégradé.

Ce qui est particulièrement mis en évidence est l'importance et la difficulté de l'investissement dans le travail en réseau pluridisciplinaire pour le généraliste travaillant en libéral. Pour un professionnel qui n'a pas eu l'opportunité de pratiquer dans une PASS, ou une structure équivalente, être informé des droits sociaux ou des différentes possibilités d'orientations sociales, ou se faire connaître des travailleurs sociaux, demande beaucoup de temps. L'information est primordiale. Ainsi le rapport de 2007 de l'association Médecin du Monde rapporte que sur 725 généralistes, 109 ont demandé l'avance des frais à des patients bénéficiaires de l'AME par méconnaissance du dispositif (61). Cet exemple souligne l'impact du défaut d'information concernant les droits sociaux sur l'accès aux soins. La mise à disposition rapide de l'information est le premier intérêt du travail en réseau pour soutenir le médecin exerçant en libéral face aux situations complexes que peut présenter un patient SDF. Dans sa thèse présentée en 2011, A. Aubry (62) démontre que l'isolement et le manque de connaissance des établissements médico-sociaux et des associations sont les principales difficultés rencontrées par les médecins généralistes de ville dans la prise en charge des patients précaires. D'après son étude, 77% des médecins interroges ne connaissent pas la PASS et après explication, la moitié d'entre eux seraient intéressés par la mise en place d'un réseau médecin de ville-PASS.

Il est ensuite question de l'accompagnement décrit comme « précieux » du patient en grande précarité vers la consultation, précieux pour l'accès au médecin, pour le suivi médical, et l'observance ainsi que, par ailleurs, pour la rémunération. La présence de ce maillage médico-social permet au médecin de ne pas avoir le sentiment de travailler « pour rien », mais, selon l'expression d'un des médecins interrogés, de pouvoir « raccroché les wagons » à un moment ou à un autre, même si c'est 6 mois plus tard.

L'importance ressentie du travail pluridisciplinaire telle qu'elle s'est exprimée dans les projections du cabinet idéal corrobore les observations concernant la spécificité de la demande de soins des personnes marginalisées qui ne font pas forcément « la distinction entre leurs problèmes sociaux et leurs problèmes médicaux » (10). La demande des médecins est d'être soutenu dans leur prise en charge globale par d'autres intervenants sanitaires et sociaux « à portée de la main », soit par des accompagnants de proximité, ou sous se trouvant dans un même lieu, jusqu'à proposer de les rassembler autour du même bureau de consultation. Le besoin qu'ils expriment devant ces prises en charge compliquées est le croisement des regards sur la situation du patient d'une part, et d'autre part une réponse la plus rapide possible aux besoins d'un patient réputé peu fiable dans son parcours de soin.

Cela fait écho à la mise en évidence dans la loi HSPT de 2009 des enjeux du décloisonnement et de la coordination des pratiques concernant l'offre de soins de premier recours. Suite à la circulaire de 2010 sur le déploiement des Maisons de Santé Pluri-professionnelles, la région PACA a lancé en 2011 son plan « Maison Régionales de Santé ». Il s'agit de soutenir l'installation de structures sanitaires regroupant des professionnels médicaux en lien avec les acteurs associatifs, des collectivités territoriales, des hôpitaux publics autour d'objectifs de santé publique. Cette organisation en exercice coordonné peut permettre une prise en charge plus globale des patients par l'intermédiaire du partage des dossiers ou de réunions de coordination pluridisciplinaire. Notons que les Nouveaux Modes de Rémunération (NMR) basés sur une rémunération de certains actes au forfait sont en expérimentation à l'heure actuelle dans plusieurs maisons médicales. Ils visent à permettre une rémunération des temps d'éducation thérapeutique, de coordination, de réunions nécessaires à tout travail en collaboration.

3.3 Le patient précaire qui pose question

Il s'agit du patient qui apparaît dans les entretiens comme celui dont on ne s'est pas rendu compte de la dégradation de sa condition socioéconomique. Celui dont le budget en tension le conduit à préférer consulter à la PASS ou aux urgences de l'hôpital, ou encore à différer sa demande de soins. On relève deux modes de réaction de la part de leur médecin traitant.

La première réaction est d'ordre financière. Il est précisé a posteriori au patient les possibilités de gratuité ou de paiement différé. Ce sont des pratiques non exceptionnelles dans le quotidien d'un généraliste. Cet exemple montre cependant l'intérêt qu'il y aurait à anticiper ces situations en portant une attention plus précise sur la trajectoire socioéconomique de nos patients. Si les généralistes ont une évaluation plutôt correcte de la vulnérabilité médico-sociale des patients (63) il leur est difficile d'en faire une conceptualisation reproductible et transmissible. A ce titre l'utilisation de score de précarité pourrait être intéressante; le score EPICES (voir annexe 4) pourrait constituer un exemple de score dont la pertinence en pratique courante de médecine générale serait à évaluer. Un critère pertinent serait l'existence ou non d'une complémentaire santé d'autant que la part de celle-ci dans le remboursement des soins est en augmentation. Le renoncement d'un patient à sa complémentaire serait un signe précurseur de non-recours aux soins (64).

La deuxième réaction touche à la relation du médecin traitant avec son patient. Devant un comportement de renoncement aux soins pour raison financière, le médecin s'agace : « (...) C'est qu'ils non rien compris à la relation que nous avions ! ». Ce comportement est interprété comme une remise en question de la dimension humaine du médecin. Cependant un autre aspect de la relation peut être évoqué. En effet la relation médecin malade en médecine générale se forge dans le temps au fur et à mesure des consultations et comporte une dimension rituelle. Cette ritualisation se décline en rituel d'accès (accueil), en différents rituels pendant la consultation (entretien, examen clinique, prise de la tension artérielle, diagnostic, prescription), et en rituel de séparation (paiement, paroles qui projettent le suivi). Cette ritualisation qui ponctue la consultation est sécurisante pour chacun des protagonistes et permet à chacun de prendre sa place. Dans quelle mesure le

patient, se trouvant déjà fragilisé psychologiquement par une situation financière précaire, préfèrera renoncer à la consultation plutôt que de se trouver en défaut à un temps du rituel ?

Face à son médecin traitant avec lequel une relation s'est établie, venir constater qu'il est mis en défaut, jusque dans ce lieu où il vient pour sa santé, serait trop douloureux pour le patient: une autre sécurité lâche. Si l'on adopte cette lecture, ce n'est pas la qualité humaine du médecin qui mise en question mais la dynamique de la relation sous l'influence de la précarité qui est le « fait social majeur » de notre époque observé par Rigaudiat, cité dans le travail d'A.Rode (65), à savoir le fait « qu'une part très importante de la population, sans être pauvre à proprement parler, est en permanence sur le fil du rasoir, connaît des difficultés sans jamais en voir la fin, ni même en espérer la sortie. Elle est, au sens propre, en précarité, et se trouve ainsi en risque récurent de paupérisation. Qu'un accident de vie, de santé ou professionnel survienne, et c'est le basculement ». Afin d'éviter au patient le sentiment de « perdre sa place » dans la relation à son médecin de famille (mais peut-être n'est-ce pas toujours évitable ?) lorsqu'il n'est pas en mesure d'avancer les frais, il serait justifié d'imaginer un temps systématique au cours de la consultation abordant la situation sociale et pécuniaire du patient. Cela pourrait permettre à ce dernier d'incorporer sa dimension psychosociale à la relation thérapeutique, de faire part de son évolution sans pudeur au cours d'un rituel qui lui serait consacrée.

Partant d'un autre point de vue, Falcoff (66) avance d'autres arguments pour l'enregistrement systématique de la position sociale dans les dossiers. Il s'agit d'une part orienter rapidement la prise en charge à la réalité sociale du patient et d'autre part constituer une base de données en médecine générale car « pour réduire les inégalités il faut commencer par les mesurer. Les indicateurs portant sur la qualité des procédures et des résultats des soins doivent pouvoir être mesurés séparément chaque groupe social afin de permettre les comparaisons, d'évaluer l'équité des pratiques et de suivre l'évolution des gradients sociaux de la qualité dans le temps »

3.4 Le patient précaire dont il a peu été question

Notons, quasiment, l'absence dans les entretiens du patient migrant, alors qu'il constitue une large part de la population consultant dans les PASS ou les CASO de Médecins du Monde. Serait-ce qu'une fois les droits acquis les patients migrants ne sont plus identifiés par les médecins interrogés comme ayant une problématique de précarité? Ou est-ce un biais résultant du fait que le canevas des entretiens ne les mentionnent pas?

4. LE PATIENT EN SITUATION PRECAIRE, LA CONFIANCE ET LE MEDECIN

A maintes reprises lors de nos entretiens apparaît, de façon plus ou moins explicite, la difficulté pour un patient en situation précaire d'avoir confiance. Confiance en soi, confiance dans l'accueil qui lui sera réservé dans une structure de soin, confiance dans la considération que le médecin aura pour lui. Il nous paru important de développé ce point tant il est vrai que la confiance est le ciment garant de la qualité d'une relation d'aide. L'un des médecins interrogé se pose clairement la question du savoir-faire face à des patients « pas comme les autres », en l'occurrence il s'agissait plus précisément du savoir-dire.

Quels effets produit la précarité sur le sentiment de confiance en soi et en l'autre? Il y a-t-il une spécificité dans l'altération des rapports de confiance entre population précaires et les soignants?

Dans son ouvrage *De la précarité à l'auto-exclusion*, J.Furtos[5] (67) observe que « la différence entre la pauvreté et la précarité (pathologique) passe par l'apparition d'une méfiance généralisée ». Il nous rappelle qu'il y a une précarité « normale » dont le modèle est la précarité du petit enfant qui dépend pour survivre des adultes tutélaires, qui entraine l'exigence d'une reconnaissance réciproque et « d'être considéré comme digne d'exister dans son groupe d'appartenance ». Cette précarité constitutive amène une triple confiance : « confiance en l'autre qui est là quand on en a besoin, confiance en soi-même qui a de la valeur, puisque l'autre s'en préoccupe lors des situations de détresse, et confiance dans l'avenir puisque d'autres situations de détresse pourront entraîner le même type de rapport liant et aidant. L'ensemble donne confiance dans le lien social qui porte la possibilité d'un avenir en société. » Dans le contexte actuel où, selon le baromètre annuel IPSOS-SPF de 2012, un français sur cinq se considère pauvre et 37% des sondés déclarent avoir connu une situation de pauvreté au cours de leur vie, et où les indicateurs quantitatifs de pauvreté (monétaire, biens matériels, emploi) vont tous dans le sens de la dégradation depuis le début des années 2000, et selon l'histoire du sujet, la précarité originaire peut se transformer en précarité exacerbée et entrainer une triple perte de confiance : « perte de confiance en l'autre qui reconnaît l'existence, perte de confiance en soi-même et en sa dignité d'exister, et perte de confiance en l'avenir qui devient menaçant, catastrophique, ou même qui disparaît." Cette atténuation de la confiance, en situation de précarité sociale, induit une souffrance psychique à laquelle l'individu réagit. Les réactions se déclinent, selon les capacités et le contexte de l'individu, d'une lutte contre l'adversité à la souffrance la plus intense pouvant conduire au syndrome d'auto-exclusion.

5 Psychiatre des hôpitaux, Directeur scientifique de l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale (Onsmp - Orspere)

Nous ne détaillerons pas ici le syndrome d'auto-exclusion. Disons simplement qu'il traduit une déshabitation de soi, seule manière d'après l'auteur de pouvoir supporter la souffrance psychique la plus délétère pour un être humain, celle de l'exclusion sociale. Un clivage du sujet, non réductible à la pathologie psychiatrique, ayant des conséquences au niveau du corps[6], des affects et de la pensée et s'exprimant à divers degrés d'intensité. Pour pouvoir vivre cette déshabitation de soi-même, l'individu va mettre en place ce que Furtos nomme des défenses paradoxales « ordinaires » (68) : la non-demande, le lien thérapeutique négatif et l'inversion sémiologique des demandes.

Lors de nos entretiens la défense paradoxale la plus souvent relevée par les médecins est la non-demande: « Le paradoxe est le suivant : plus une personne va mal psychiquement, moins elle est en capacité de demander de l'aide, que ce soit sur le plan social, médical ou psychique. Cela va de la difficulté et du retard de la demande jusqu'à la récusation de l'aide. ». Pour contourner cette difficulté, la demande portée par un tiers ou portée par le thérapeute est préconisée. Il s'agit bien « d'aller vers », ne pas attendre une demande directe en bon uniforme, tout en évitant l'écueil de l'ingérence. Considérant cela, le généraliste à une possibilité intéressante, celle de la visite à domicile. La précarité du patient pourrait être une indication à cette pratique ambulatoire. Les généralistes interrogés n'évoquent pas cette possibilité sinon pour la regretter, ou pour proposer de la déléguer.

Nous n'avons pas noté l'expression du lien thérapeutique négatif dans l'expérience livrée par les médecins. Il s'agit du paradoxe suivant : plus l'aidant aide, plus la personne va mal. Le désir du soignant est ressenti comme un danger pour l'équilibre actuel de l'individu. « Car la désillusion est devenue intenable ; de ce fait, certaines prises de risque ne sont plus possibles pour le sujet. C'est plutôt l'intervenant qui doit prendre le risque de ne pas vouloir à tout prix une normalisation des écarts normatifs. » Cela éclaire les difficultés pour un certain nombre de patient des PASS de poursuivre le suivi médical chez un médecin traitant.

L'inversion sémiologique des demandes est simplement le fait qu'une demande de soins est déposée devant un travailleur social et la demande sociale devant un professionnel de santé. Dans les entretiens « faire du social » est vécu comme une charge supplémentaire, pour le médecin ou le secrétariat. S'agissant de la personne en grande difficulté psychosociale, Furtos nous invite à admettre cette inversion de la demande en faisant valoir qu'elle est peut-être faite au bon endroit. Par exemple, lorsque les affects sont « congelés » par l'auto-exclusion il est plus facile d'aller livrer un passé de maltraitance à l'assistante sociale plutôt qu'à un médecin qui serait susceptible de les « réchauffés ».

6 Ce clivage au niveau du corps qui se traduit par une hypoesthésie voire une anesthésie sans substrat organique est noté dés les années 1980 par P.Declerck dans son ouvrage *Les naufragés- Avec les clochards de paris*

On le voit, la construction d'une relation thérapeutique avec des patients en grandes difficultés demande un savoir-faire dont l'absence est regrettée dans l'un des entretiens. Savoir-faire qui peut être enrichi par les apports de la clinique psychosociale. En effet aborder concrètement le problème de l'orthogénie avec un patient en grande précarité demande de percevoir la fonction de l'incurie pour lui. C'est probablement au prix de l'écoute affinée de ce patient hors normes que s'installera la confiance.

L'importance de l'écoute et de l'empathie prend une acuité supplémentaire lorsque le patient est en situation de précarité car lorsqu'elles font défaut le risque est le non-recours aux soins et la défiance vis-à-vis du système de soins. La confiance dans la relation médecin-malade en est l'un des déterminants qui ressort du travail d'A.Rode *« Le non-recours aux soins des populations précaires »*[7] (69). Il observe pour commencer que la confiance qui est donnée au médecin est majoritairement une confiance « décidée », caractérisée par sa « fragilité »[8] . Accorder sa confiance est un acte d'engagement qui comporte une part de risque ou d'incertitude quant aux comportements futurs des médecins, moins sur leur compétences techniques que sur celles relationnelles. « (...) Les professionnels de santé ont un rôle central [et notamment les généralistes] dans l'instauration et le maintien ou non d'une relation de confiance, par une écoute et une attitude de compréhension jugées centrales par les individus rencontrés. En leur absence, ces derniers peuvent se détourner des médecins, temporairement ou définitivement, ou bien abandonner leurs traitements. » Il note que les généralistes s'inscrivent dans une structure formelle qui participe de la production de confiance, le système de soins. Envers celui-ci, il observe un déficit de croyance, et parfois de la défiance, en sa capacité d'apporter des réponses adéquates. Ce sentiment prend surtout sa source dans l'expérience passée, personnelle ou rapportée par des proches, avec les institutions sanitaires : « La place importante prise par l'expérience contredit l'idée selon laquelle nous aurions affaire à une défiance généralisée qui serait soit le reflet d'un trait psychosociologique des populations précaires, soit la caractéristique homogène de leur rapport avec les institutions, (...). Elle confirme bien plutôt l'importance des règles d'accessibilité et de fonctionnement du système de soins, le regard que les acteurs de ses institutions portent sur les patients, sur le niveau de confiance et au-delà sur les trajectoires de recours aux soins. »

Le docteur Richard le dit plus simplement mais peut-être avec plus de force: « (...) s'ils savent qu'ils seront accueillis avec le sourire, et que leur problème d'argent n'est pas un problème, ils pousseront la porte. Ce n'est pas tant qu'il y ait ou pas plusieurs acteurs de santé que la possibilité d'être accueillis avec dignité... »

---

7 Le recueil de données pour sa thèse est basée dans un 1er temps sur une étude statistique de la base de données du CETAF, complétée par 150 entretiens semi-dirigés dans 3 CES différents, puis dans un 2è temps par 109 entretiens semi-dirigés dans les centres de santé de Grenoble.

8 La confiance "décidée" est celle que l'on accorde en prenant le risque d'être déçu par opposition à la confiance "assurée" où l'individu estime qu'elle est garantie. A.Rode s'appuie sur les travaux de Luhmann qui propose une approche théorique de la confiance en repartant des nuances apportées par l'anglais entre *trust* et *confidence.*

DEUX EXEMPLES D'ORGANISATION DE SOINS PRIMAIRE TENANT COMPTE DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

Afin d'illustrer les possibilités de travail collectif offertes aux généralistes dans l'optique d'accueillir et de suivre les patients précarisés, nous avons voulu présenté deux initiatives très différentes : un réseau ville-hôpital formalisé, le réseau ASDES, et un centre de santé associatif, la Case Santé. Elles ont cependant un point commun. En effet chaque dispositif, à sa manière, tente d'éviter l'écueil de la stigmatisation du patient précaire.

1. RESEAU ASDES (ACCES AUX SOINS, AUX DROIT ET EDUCATION A LA SANTE)

(Source : portail internet du réseau ASDES) (70)

Le réseau ASDES est un réseau de soins créé l'année 2000 par des professionnels hospitaliers et libéraux sur les bassins de Meudon et Issy-les-Moulineaux. Les objectifs initiaux du Réseau ASDES sont, d'une part, de « développer une activité de santé publique clinique (SPC), de prévention et de dépistage avec accès aux droits sociaux » et, d'autre part, « d'aider tout professionnel du réseau à consacrer du temps et des moyens à la prise en charge des patients concernés par l'activité d'ASDES ». Il s'agit de proposer une prise en charge globale à tout patient en situation de vulnérabilité physique, psychique ou sociale. Ce réseau Ville-Hôpital nous a paru être un exemple intéressant dans le cadre de ce travail en cela qu'il permet un soutien aux généralistes tout en développant une action de santé publique visant à pallier les inégalités secondaires d'accès aux soins.

1.1 PRESENTATION DU RESEAU

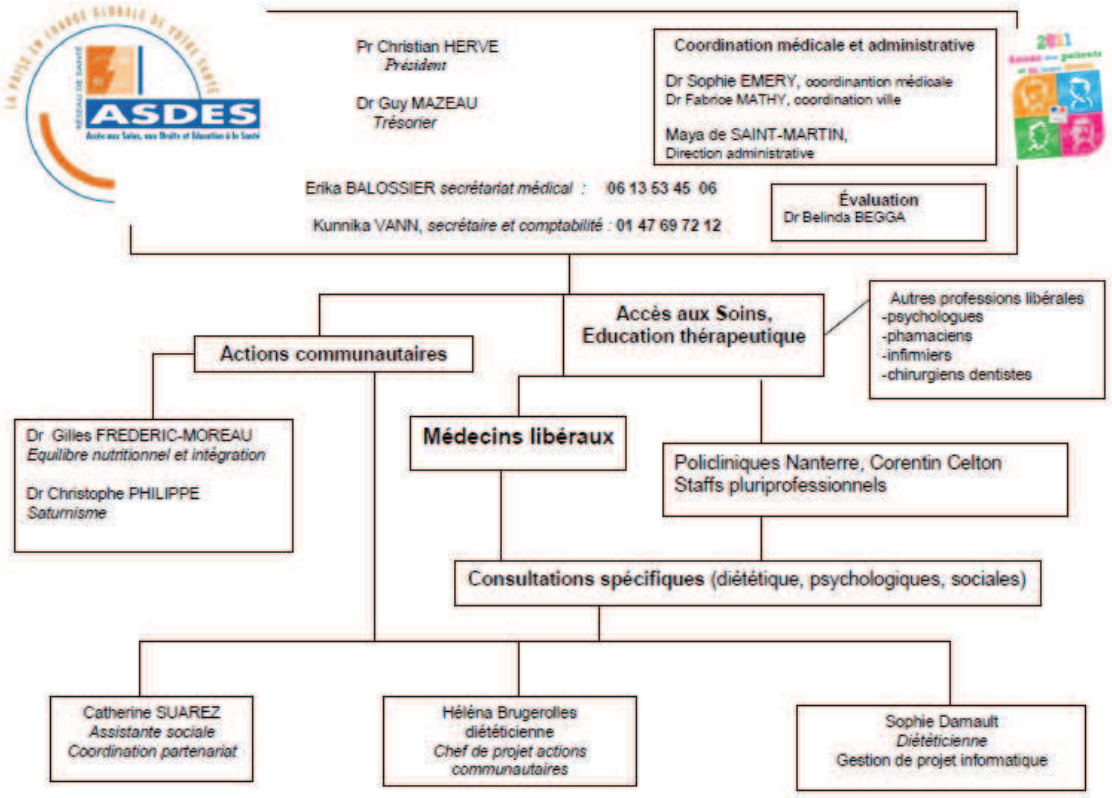
1.1.1 Qui peut en bénéficier?

Les patients inclus dans le réseau sont des patients présentant au moins trois facteurs de risques tels qu'ils sont définis dans la **loi de mars 2002 relative à la santé publique** (voir annexe 5) et qui acceptent d'adhérer à la charte du réseau. Les patients bénéficient alors d'une prise en charge globale en réseau et d'un dossier médical commun informatisé.

Les médecins incluant les patients sont soit des médecins de ville soit des médecins hospitaliers. Les associations partenaires peuvent proposer à leurs bénéficiaires une prise en charge par le réseau ASDES.

1.1.2 Les acteurs:

Les médecins de ville jouent un rôle prépondérant dans la prise en charge pour l'inclusion des patients dans le Réseau : ce sont les interlocuteurs privilégiés des patients lors de l'inclusion et du suivi annuel du patient. On compte 109 médecins libéraux dont 97 généralistes.



.

1.1.3 Les résultats :

Les résultats présentés ci-dessous sont tirés du rapport d'évaluation externe de la CNEH[9] sur l'année 2005 (71).

Tout au long de l'année 2005, 1779 patients ont été inclus dans le réseau sur ses 2 sites d'intervention (CASH de Nanterre et Hôpital Corentin Celton), 1.176 sur le bassin de Nanterre et 603 sur le bassin d'Issy les Moulineaux, ce qui traduit les réalités sanitaires et sociales de ces deux territoires.

9 Centre National de l'Expertise Hospitalière

Le ratio économique conforte l'idée d'un réseau efficace économiquement : 866.000 € pour 1.800 patients, représente 480 € par patient et par an. Parallèlement, 25 nouveaux professionnels ont adhéré au réseau au cours de l'exercice 2005, soit une progression de 32 % sur un an.

Si on rapproche le nombre de patients inclus du nombre de médecins généralistes, on obtient le chiffre de 18 patients par généraliste par an. Il ne s'agit bien entendu que de moyennes, certains professionnels incluant jusqu'à 30 patients par an. Ces chiffres attestent néanmoins du fait que le réseau rend un service aux professionnels confrontés à des patients complexes.

En l'absence de réseau, on peut supposer que ces patients,

- ✓ soit n'auraient pas donné lieu à investigations complémentaires, ce qui, compte tenu des pathologies repérées, auraient eu des incidences en termes de prises en charge tardives,
- ✓ soit auraient été immédiatement orientés vers des services spécialisés, hospitaliers, ce qui ne se justifiait pas forcément.

A travers ces chiffres, on observe le « rôle de sas » joué par le réseau,

- ✓ tant vis-à-vis d'une médecine de ville, composée de professionnels qui ne bénéficient pas, dans leur exercice libéral classique, de tous les moyens nécessaires pour prendre en charge des patients complexes, se situant à la limite entre un état pathologique caractérisé nécessitant des soins appropriés et un état de morbidité mal définie,
- ✓ que vis-à-vis d'une médecine hospitalière, organisée pour traiter des patients atteints de pathologies définies et rémunérée en conséquence avec le mécanisme de la tarification à l'activité

L'analyse des résultats bruts des **facteurs de risque repérés** sur la file active montre pour les 1465 patients suivis à un an, 3780 facteurs de risques médicaux repérés, soit **2,58 facteurs de risques repérés par patient**.

Ces résultats peuvent être détaillés et on observe ainsi que :

- 12% des patients cumulent au moins 4 facteurs de risques
- près d'un quart en cumulent au moins 3
- 40% en cumulent au moins 2

Il s'agit d'une population entrant de plain-pied dans les critères définis par la loi de santé publique. Population qui ne peut être qualifiée de précaire ou d'exclue, mais qui peut potentiellement le devenir si l'un ou l'autre des facteurs de risques repérés vient à se réaliser. Ce constat est particulièrement vérifiable pour un quart de cette population cumulant au moins 3 facteurs de risques médicaux, soit près de 400 personnes dans l'échantillon concerné. Le taux de prise en charge en charge de 70%.

Concernant les **facteurs de risques sociaux**, sur la file active des 1465 patients, constituant la base de données du réseau, 313 patients, soit un peu plus d'un cinquième de la population totale, ont été adressés au réseau ASDES pour des raisons sociales, associées le plus souvent à des facteurs de risques médicaux. Ces 313 patients cumulent, au moment du repérage, 329 facteurs de risques médicaux. Parmi ces raisons sociales, 30% sont liées à l'ouverture des droits sociaux.

Mais ce qui fait la spécificité de ce réseau est la prise en charge de la combinaison des facteurs de risques médicaux et sociaux. "**Le repérage et la prise en charge des risques sociaux sont consubstantiels de l'action du réseau**. Le concept qui a présidé à la mise en place du réseau part du constat de **l'intrication des problèmes médicaux, psychologiques et sociaux** pour des populations « à risques multiformes à forte implication pour la santé. » C'est à dire que les populations identifiées par ASDES ne constituent une somme de situations pathologiques à prendre en charge et à orienter. Plus qu'une superposition, il s'agit d'ailleurs d'une intrication des facteurs de risques qui façonnent à la fois la spécificité et la complexité de cette population. Elle n'est plus, de ce fait, fait nommée précaire par le corps médical.

1.2 Intérêt pour le généraliste

Pour le généraliste faisant partie du réseau, les intérêts sont :

- Une rémunération prévue pour chaque dossier d'inclusion remplit. Elle était de 43 euros en 2007.
- Un dossier médical partagé informatisé qui comporte une spécificité inhérente aux programmes de prévention : le patient accepte en effet de confier des éléments d'informations sur ses facteurs et comportements à risque, afin de construire avec l'équipe médico-sociale du réseau et son médecin traitant un parcours de prise en charge coordonné.
- Une aide concrète au repérage systématique des facteurs de risque médico-sociaux.
- Un soutien face à des situations rendues complexes par l'intrication des facteurs de risque.
- L'évaluation des actions d'éducation et de promotion de la santé pour des patients vulnérables mises en œuvre au cabinet grâce au partenariat avec la clinique de santé publique.

2. UN EXEMPLE DE DEMARCHE EN SOINS PRIMAIRE, LA CASE SANTE A TOULOUSE

(source: rapport d'activité 2007/2008-casedesante.org)(72)

La Case Santé est un centre de santé dit communautaire car inséré dans un quartier populaire de Toulouse et ouvert sans discrimination à tous les habitants du quartier. Ce centre de santé s'inspire de l'expérience des centres de santé communautaires belges et canadiens existant

La Case Santé est une association créé en 2005 reconnue par la DASS centre de santé en 2008. Cette initiative nous a paru intéressante pour illustrer ce travail car outre qu'elle associe une démarche de soins de premier recours avec une démarche transversale de prévention et d'éducation à la santé la Case Santé travaille en réseau avec les structures sociales, associatives et médicales du quartier et de la ville.

2.1 Le statut

La Case de Santé a un statut de centre de santé polyvalent.

Ce statut permet à l'association de favoriser le tiers-payant et d'appliquer des tarifs conventionnés, de mettre en œuvre des actions d'éducation et de promotion de la santé en tenant compte des objectifs de santé publique, dans une logique de quartier, de salarier une équipe pluridisciplinaire au sein d'un organisme sans but lucratif acceptant tout type de professionnel, de percevoir une rémunération liée à une activité de soin.

2.2 L'équipe

Deux médecins généralistes, une infirmière, deux promoteurs de la santé, un éducateur, une assistante sociale, deux psychologues, une nutritionniste, un ou deux traducteurs depuis l'arrivée de ressortissants bulgares dans le quartier.

2.3 Les rôles

Les médecins, outre la médecine générale courante, assurent une pratique en gynécologie, planification familiale (incluant les interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse), urgences, petite chirurgie, thérapies brèves (notamment pour la prise en charge des addictions). Ils expérimentent l'acquisition de nouvelles compétences comme la formation à l'utilisation de l'échographie en médecine générale évitant ainsi certains examens complémentaires et passages aux urgences.

L'infirmière, outre les soins infirmiers courants, s'approprient des champs nouveaux : éducation thérapeutique, hygiène de vie.

Ce couple médecin-infirmier effectue un travail de recherche sur les protocoles de délégation des tâches en santé primaire.

Une permanence de soins au téléphone est assurée tous les jours.

Les promoteurs de la santé accueillent les patients, gèrent l'accès aux soins et le tiers payant. « Ils sont « la première ligne de la première ligne », les garants de la convivialité du lieu. Ils décodent les motifs de consultation, les maux derrière lesquels se cachent des problèmes sociaux. Ils dépistent les mauvaises conditions de vie, les violences subies (violences au travail, violences conjugales...) et élaborent des stratégies de réponse aux problématiques relevées. En général, ils privilégient la mobilisation de l'entourage, des proches et la restauration des capacités de réaction de la personne concernée ». Ils ont une solide connaissance du quartier et une formation adaptée (premiers secours, prévention et secours civique, juridique notamment en droit des étrangers, sociale auprès de la FNARS).

La nutritionniste, dans l'objectif de la lutte contre la malnutrition et l'obésité, organise des repas collectifs où l'on apprend de manière conviviale à faire ses courses de façon adaptée au budget des ménages et à la qualité nutritionnelle des aliments, à confectionner des repas alliant plaisir et qualité. Son rôle n'est pas seulement d'adapter des repas aux pathologies chroniques, mais aussi de réfléchir avec les personnes du quartier à une alimentation équilibrée dans les cadres des contraintes financières, culturelles et d'organisation des foyers.

L'éducatrice spécialisée s'occupe particulièrement des personnes en situation de grande précarité ou d'exclusion. Elle assure le lien avec le réseau médico-social (unités mobile sociale, psychiatrique, Halte Santé, CMP, CCAS,...). Elle mobilise les ressources du quartier (voisins, comités de quartier). La salle d'attente peut aussi constituer pour ces personnes un abri en cas d'intempéries : une autre occasion de maintenir le lien.

Les traductrices permettent d'éviter les interventions inappropriées.

2.4 Les missions

Ainsi constituée la Case Santé remplit trois missions principales.

Une mission de soins curatifs, incluant une permanence des soins

Une mission de prévention primaire individuelle qui repose sur deux axes.

- ✓ La prévention sociale assurée par les promoteurs de santé qui dressent un bilan pour tous les usagers en utilisant le score EPICES (voir annexe 4).
- ✓ La prévention santé est initiée par l'infirmière à l'aide d'un questionnaire remplie de façon informelle par les usagers

Une mission de promotion de la santé. La promotion de la santé vise non seulement à améliorer l'état de santé de la population mais surtout à réduire les écarts d'état de santé entre les sous-groupes qui la composent. En effet, « la promotion de la santé vise l'égalité en matière de santé. Ses interventions ont pour but de réduire les écarts actuels caractérisant l'état de santé » (charte d'Ottawa, OMS 1986). La Case Santé a choisi, en fonction des problématiques du quartier et des pathologies répertoriées où s'expriment les inégalités sociales de santé, de mettre l'accent sur la santé des femmes, des migrants, des personnes libérées de prison, sur l'alimentation, d'aller vers la population en organisant des dépistages des hépatites à l'occasion de manifestations festives dans le quartier ou en utilisant l'outil d'un journal sur la santé co-rédigé avec les usagers.

2.5 Une vision transversale de la santé

L'originalité de la « Case de santé » en tant que dispositif de santé primaire tient au fort ancrage dans son environnement social, permettant un accès facilité aux soins et à la santé mais aussi, prenant la santé comme prétexte, de favoriser la convivialité (à l'occasion des repas collectifs par exemple), le lien social et la citoyenneté (mobilisation de l'entourage, des voisins,...). « C'est un projet de santé, de dynamisation du tissu social, de renforcement des liens conviviaux, de débat sur les conditions de vie et les solutions à trouver pour les améliorer, de création d'outils au niveau local… bref de la santé vue comme « globale », ce qui reste la définition donnée par l'OMS en 1978… »

CONCLUSION

Accueillir et prendre en charge des patients très désocialisés en cabinet de ville pour un généraliste reste difficile même pour des praticiens motivés et aguerris. Leur expérience de pratiques spécifiques auprès de la population précarisée semble faciliter notablement la capacité d'adaptation de leur pratique à leur cabinet. Cependant le fonctionnement du cabinet n'a que peu changé.

Pour prendre en charge les patients précaires en médecine générale il semble nécessaire de penser le dispositif à mettre en place pour l'accueil dans la salle d'attente, pour des consultations souvent longues et complexes, pour mettre en place un réseau pluridisciplinaire efficient, pour installer une relation thérapeutique compliquée par la situation psychosociale. Temps qui n'est pas rémunéré dans le cadre actuel du paiement à l'acte.

Dans les conditions actuelles du dispositif de santé primaire français, les structures de soins dédiées à la précarité sont nécessaires pour assurer l'accès aux soins des populations précaires. Le relais avec la médecine de ville est problématique. Inscrire dans la loi l'obligation de présence d'un médecin généraliste référent dans ces structures serait une mesure souhaitable dans la perspective d'améliorer le parcours de soins des bénéficiaires.

Maintenir le suivi des patients en situation sociale précaire demande une attention particulière à leurs conditions de vie. Anticiper les trajectoires socio-économiques à risque de non-recours aux soins pourrait être facilité par l'emploi de moyens de repérage systématique. L'emploi de questionnaire ou de score, inspiré par exemple du score EPICES, semble être une perspective pertinente.

La formation à la question de la précarité pendant les études de médecine générale, tant sur le plan théorique que pratique, est une nécessité au regard du contexte sociétal actuel. D'autant plus que le rôle du système de santé dans la lutte contre les inégalités sociales de santé repose, en l'état actuel des connaissances, pour une bonne part sur l'accès aux des soins de premier recours et son efficience.

En cela le travail décloisonné en réseau médico-social et l'action de proximité au niveau d'un territoire défini sont des perspectives prometteuses pour une pratique de médecine générale soucieuse de prévention et de promotion de la santé. C'est pourquoi le modèle du centre de santé communautaire a notre préférence. Il nous parait répondre au mieux aux objectifs d'amélioration de l'accès aux soins des plus démunis, de lutte contre les inégalités sociales de santé et contre le non-recours aux soins grâce aux fortes interactions qu'il permet avec le territoire et sa population. La santé se trouve sur le lieu du social.

Dans un cadre d'exercice libéral de la médecine générale, le cabinet de groupe avec un mode d'association permettant la redistribution des revenus totaux du cabinet en fonction des heures travaillées, permettant ainsi de diminuer le poids du paiement à l'acte et donc d'être moins contraint par le temps, avec des plages de consultations sans rendez-vous, des visites à domiciles élargies et comprenant un secrétariat ayant une bonne connaissance de l'environnement socioculturel est probablement un fonctionnement qui permettrait de meilleurs ajustements aux problématiques de la précarité.

Mais ce qui nous a semblé mis en exergue par ce travail est l'enjeu de l'approche d'un patient perturbé et perturbant de par sa précarité. Elle mobilise non seulement des connaissances médicales mais aussi anthropologiques, sociales et psychologiques sur les comportements et les souffrances induits par la perte ou la peur de la perte du lien social. Maintenir ou développer une relation de confiance demande au médecin une remise en question de ses normes et représentations. Sans devenir « précaritologue » mais sans refuser les soins… La position privilégiée au sein de la Cité de son cabinet, tout en s'appuyant sur les ressources de l'environnement, peut lui permettre d'aller au-devant des appréhensions d'un patient en rupture.

BIBLIOGRAPHIE

1- **Conseil Economique et Social, par M. Joseph Wresinski** : *Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale*, 1987, p. 6 : I. Définition de la grande pauvreté et des populations concernées

2- **Larcher P**. ; Colloque : *Santé et Précarité*, 17 janvier 2007 au Centres Sèvres

3- **Furtos J.**,*Quelques particularités de la clinique psychosociale,* Soins Psychiatrique, septembre 99, p. 11-15

4- **Benamouzig**, *Exclusion et précarité, catégories d'actions publiques* in J.Lebas, P.Chauvin*Précarité et Santé*, ed Flammarion 1998, p.27

5- **G. MOUTEL, C. HERVE** *Accès aux soins à travers l'histoire des institutions d'hébergement et de soins, l'histoire des Hôpitaux.* 2003 ; http://ccsd11.ccsd.cnrs.fr/?q=node/498, consulté le 28/02/2014

6- **Sen A.** *Economic progress and health*, in G.Walt editor, Poverly, inequality and health, London: Oxford University Press,2000;323;957-62

7- **Rapport de l'onpes 2007-2008,** Paris 2008**,** La documentation française, p.148

8- **Sylvie Dumesnil, Nathalie Grandfils, Philippe Le Fur, Andrée Mizrahi**, *santé, soins et protection sociale en 1996 ; enquête sur la santé et la protection sociale,* C.R.E.D.E.S,Questions d'économie de la santé,Janv 98,n°1

9- **Agnès Bocognano,Sylvie Dumesnil, Laurence Frérot, Philippe Le Fur,Catherine Sermet** *Santé, soins et protection sociale en 1998 Enquête sur la santé et la protection sociale en France,* C.R.E.D.E.S,Questions d'économie de la santé, dec 99,n°24

10- **I. Parizot** *Trajectoires sociales et modes de relation aux structures sanitaires* in J.Lebas, P.Chauvin,*Précarité et Santé*, ed Flammarion 1998, p. 41

11- **la documentation CMU** , Rapport d'activité 2013 du Fond CMU, consultable à : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2013.pdf

12- **Haut conseil de la santé publique :** Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité-Rapport décembre 2009, p.54

13- **Dr C.Fabre,V.Baudot,S.Toulemonde**, *Evaluation des permanences d'accès aux soins de santé,* Gres médiation santé, ct 2003, consultable à: http://www.sante sports.gouv.fr/IMG//pdf/evaluation_des_pass_rapport_resume.pdf consulté le 26 février 2013

14- **Médecin du monde***, Accès aux soins des plus démunis en 2008*, Synthèse de la journée internationale du refus de la misère, Dossier de presse, 17 octobre 2008

15- **J.Lebas,** *Permanences d'accès aux soins de santé : dix ans d'expérience méconnus*- Revue de Médecine Interne,30, juin 2009,58-59

16- **Rapport de Médecin du Monde**, Etat des lieux des permanences d'accès aux soins de santé dans 23

villes où Médecin du Monde est présent- Août 2010

17- **15- Aiach et Fassin** *L'origine et les fondements des inégalités sociales de santé*,, revue du praticien décembre 2004 54: 2225

18- **Monteil C., Robert-Bobée I***, Les différences sociales de mortalité*, Insee première, juin 2005, n° 1025

19- **Cambois E, Robine J-M**. *Pour qui la retraite sonnera ? Les inégalités d'espérance de vie en bonne santé avant et après 65 ans.* 8 mars 2011;(n° 8 et 9)

20- **Cambois E, Laborde C, Robine JM**. *La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.* INED. 2008;441

21- **Dalstra JA, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E,, Costa G, Geurts JJ, Lahelma E, Van Oyen H, Rasmussen NK,, Egidor E, Spadea T, Mackenbach JP**. *Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries*. Int J Epidemiol. 34(2) éd. 2005;316-26

22- **Charles MA, Basdevant A**. *3ieme enquête épidémiologique nationale sur l'obésité et le surpoids en France*. Institut Roche de l'Obésité, SOFRES; 2003

23- **Gwenn Menvielle, Annette Lecler, Jean-François Chastang, Danièle Luce, Gwenn Menvielle**. *Inégalités sociales de mortalité par cancer en France: état des lieux et évolution temporelle.* Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2 sept 2008;(33):289- 292

24- **Fassin D**., *Des inégalités méconnues*, Revue Pratique, n°39, p-6

25- **A.Couffinhal, P.Dourgnon,PY.Geoffard,M.Grignon,F.Jusot,J.Lavis,F.Naudi, D.Polton** Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen, CREDES, Questions d'économie de la santé Février 2005, n°93

26- **P.Chauvin,** *Présentation du programme de recherche, INSERM,* consultable à: http://www.u707.jussieu.fr/ds3/Recherche.htm, consulté le 25 aout 2010

.

27- **Wadsworth M.** , "Early Life Hypothesis", in *Social determinants of health*, chap 3, M. Marmot, R.G. Wilkinson, Oxford University Press (1999)

28- **G.Menahem**: *Maladies, recours aux soins et attitudes à l'égard du risque*, CREDES, Questions d'économie de la santé,IRDES,1998 n°9

29- **19-Commission des déterminant de la santé,M.Marmot président**, *Combler le fossé en une génération,* ed de l'OMS 2009, p49-188,consultable à: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf ,

30- **Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T., Leclerc A.** *Connaître et comprendre les inégalités sociales de santé***.** In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.). Les inégalités sociales de santé. Paris : Inserm-La Découverte, coll. Recherches, 2000 : 13-24

31- **Van Doorslaer E. et Koolman X.** *Explaining the differencies in income-relating health inéqualities across European countries.*

Ecuity II working paper; 2002

32- **A.Couffinhal,P.Dourgnon,PY.Geoffard,M.Grignon,F.Jusot,J.Lavis,F.Naudi,D.Polton** Les *déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé,*, CREDES, Questions d'économie de la santé Février 2005 n°92

33- **Jusot.F, Or.S, Yilmaz.E** *Inégalités de recours aux soins en Europe : Quels rôles attribuables aux systèmes de santé.* XXIXèmes Journées d'Économie de la Santé Français (JESF), 2007/12/06 http://www.ces-asso.org/docs/JESF_2007/jusot.pdf, consulté le 25/11/2013

34- **Raynaud D**.-*La détermination individuelle des dépenses de santé*. DREES. Etudes et résultats, juillet 2002,n°182

35- ***Caroline Allonier, Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau,*** *Enquête Santé et Protection Sociale 2004 : premiers résultats*, Questions d'économie de la santé-IRDES,n°110,juillet 2006

36- **Despres C. Dougon P., Fantin R., Jusot F**. *Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique* Question d'économie de la santé, novembre 2011, n°170

37- **Perronnin M, Pierre A,Rochereau T.,** *La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès*, Qestion d'économie de la santé, janvir 2001, n°161

38- **-G.Fahet et al.** *Rapport 2006 de l'Observatoire de l'accès aux soins* de la **Mission France de Médecins du Monde,** octobre 2007

39- **Bénédicte BOISGUÉRIN**- Etudes et résultats. DREES.n°603, octobre 2007

40- ***Marc Collet (DREES), Georges Menahem, Hervé Picard****, Logiques de recours aux soins des consultants de centres de soins gratuits*, CREDES, Questions d'économie de la santé--IRDES, oct 2006,n°113

41- **A.Rode** *Construction du non recours des populations précaires, et ses enjeux de légitimité***-** Sciences Politique ,IEP Grenoble, 2008 consultable à: http://hal.archivesouvertes.fr/docs/00/38/15/04/PDF/*construction_du_non_recours_et_enjeux_legitimite*_RODE.pdf consulté le 15 mai 2011

42- **Gebo, K.A. *et al.* ,** "*Racial and Gender Disparities in Receipt of Highly Active Antiretroviral Therapy Persist in a Multistate Sample of HIV Patients in 2001*"**.** J AIDS (2005), 38, 1.

43- **35- Lang T et al.** , "*Is hospital care involved in inequalities in coronary heart disease mortality ? Result from the French WHO-MONICA project in men aged 30-64*", Journal of Epidemiology Community Health (1998), 52, 10 : 665-71

44- **36-C.DESPRES:** *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle complémentaire Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne. Synthèse*. DIES. Fonds CMU. Rapport final .Mai 2006

45- **Fond CMU,** Évaluation de la loi CMU, rapport n° IV, juillet 2009

46- **Pierre Lombrail et Jean Pascal**. *« Rôle des soins*

dans les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé ≫ extrait de l'ouvrage ≪ Réduire les inégalités sociales en santé. » Potvin L., Moquet M.-J., Jones C. (sous la dir.) INPES. Saint-Denis; 2010

47- **Azogui-Lévy S., Lombrail P., Riordan P *et al.***,« Evaluation of a dental care program for school beginners in a Paris suburb », *Community Dent. Oral Epidemiol.*, 31, 285-291, 2003

48- **B.Gay,LeGoaziou,Budowski,Druais,Gilbert**-CNGE;*MédecineGénérale*;;ed Masson,2003;6

49- **P.Flores,H.Falcoff,** *Peut-on agir en médecine générale sur les inégalités de santé?,* Revue du praticien, décembre 2004 , 54; 2263-227

50- **Dr Michel DUCLOUX (rapporteur)** *Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 5 juin 1999*

51- **C.Cases,V.Lucas-Gabrielli,M.Perronin,M.To** -*Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUc des praticiens libéraux*- CREDES, Questions d'économie de la santé-mars 2008,n° 130

52- **Bénédicte BOISGUERIN et Sylvain PICHETTI** *Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMUC en 2006***-** CREDES, Question d'économie de la santé-mars 2008 n°629

53- **GOUDET B**. *Prise en charge en médecine de ville des personnes en situation de précarité- Etude de faisabilité.* Toulouse*,* 2005

54- **ARGENTIN C**. *Rôle des acteurs associatifs dans les soins aux patients précaires : l'exemple de l'association « Soins pour Tous ». Bilan de huit ans d'action sur Rouen. Réflexions et perspectives.* Thèse pour le doctorat en médecine, Rouen, 2006

55- **Marlène PEYRET et Laurie BLACHE** *Détermination de critères d'évaluation des PASS avec les usagers du dispositif. Un travail avec des patients consultant dans les PASS des centres hospitaliers de Grenoble et Chambéry.* Thèse de Docteur en médecine. Grenoble, 2014

56- **Foucras. P**. *Le rendez-vous, un obstacle à l'accès aux soins des plus pauvres.* Prescrire. 2008;(295):392-3.

57- **Robert CASTEL** . *Repenser la protection sociale ., Entretien avec X. MOLENAT,* paru dans Sciences Humaines n.168 (2006) et extrait de *http://www.inegalites.fr/spip.php?article477&id_mot=40*

58- **FIEULAINE, N., T. APOSTOLIDIS et F. OLIVETTO.** *Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle .,* Les cahiers internationaux de psychologie sociale, 2006. 72 : 51-64

59- **BORGETTO, M.** La solidarité, l'égalité et la responsabilité face aux transformations de l'Etat-providence ., dans C. BEC et G. PROCACCI, *De la responsabilité solidaire. Mutations dans les politiques sociales d'aujourd'hui*. Paris, Syllepse 2003 : 51-67.

60- **Foucras P.** *Santé et exclusion: apports du stage de médecine générale*. Ecole du Collège National des Généralistes Enseignants,;

2001

61- **Rapport 2007 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecin du Monde**. Octobre 2008 : 48-49

62- **Aubry A.** *Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. L'intérêt d'un réseau médical ville PASS*. [Paris]: Paris Descartes; 2011.

63- **Rapport de synthèse, Évaluation externe du réseau ASDES**. CNEH, 2006: 30-32

64- **RODE Antoine** *Le non recours aux soins des populations précaires, construction et réception des normes.* Thèse pour le doctorat de science politique, Grenoble, 2010 : 228-242

65- **ibid**, page 228

66- **Falcoff H, Potvin L**. *Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution* ? INPES; p. 386

67- **Furtos Jean** *De la précarité à l'auto-exclusion*. Édition Rue d'Ulm, coll. « La rue ? Parlons-en », 2009

68- **Furtos Jean** *« Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale »*, Mental Idées n° 11, Dossier Souffrance et société, Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale, 09/2007.

69- **RODE Antoine** *Le non recours aux soins des populations précaires, construction et réception des normes.* Thèse pour le doctorat de science politique, Grenoble, 2010 : 273-301

70- **http://www.asdes.fr/**, consulté le 12/10/2011

71- **Rapport de synthèse, Évaluation externe du réseau ASDES**. CNEH, 2006

72- **Rapport d'activité 2007/2008** : http://sitelacase.free.fr/lacasedesante.pdf, consulté le 10 octobre 2010,

ANNEXES

Annexe 1.1 : Entretien N°1 Docteur Olivier

- ✓ ***Vous n'avez jamais travaillé dans le cadre d'une PASS mais dans le dispositif Lits Halte Santé…***

Je ne sais même pas ce que c'est que la P.A.S… C'est quoi?

- ✓ ***C'est une permanence d'accès aux soins***

Non, non, non.

- ✓ ***Vous travaillez pour l'URAS*** [10]***?***

Je travaille en fait, en plus de mon activité libérale ici, je travaille à titre libéral, mais parce que mon prédécesseur le faisait, et j'ai continué à le faire et que ça m'a beaucoup plu, je continue à travailler avec l'URAS, avec le foyer de l'URAS… J'y vais systématiquement une fin de matinée chaque semaine tous les vendredis matins pour prendre en charge les problèmes qui s'y présentent que l'infirmière, qui m'attend sur place, a pu identifier: le suivi de quelques patients (c'est des pathologies chroniques et des renouvellements d'ordonnances. Il y a des pathologies aiguës, il y a des patients qui vont mal, en difficulté avec leurs conduites addictives… l'alcool etc…), donc là, c'est une démarche personnelle. J'y suis le seul médecin qui y aille régulièrement, alors, tout en respectant le choix du médecin traitant, ça me parait prépondérant. Certains (il y a une cinquantaine de personnes dans l'établissement URAS), certains avaient déjà des habitudes avec un médecin traitant qu'ils ont conservé, donc je n'interviens qu'à titre très ponctuel en leur absence (en l'absence du médecin traitant) ou éventuellement sur demande du patient, parce qu'il se sent moins bien pour se déplacer cette fois ci chez son médecin traitant. Et donc, là, c'est plus du ponctuel mais je favorise toujours le dispositif du médecin référent /médecin traitant.

- ✓ ***Vous avez dit tout à l'heure au début, que vous avez trouvé ça très intéressant. Qu'est-ce que vous avez trouvé qui vous a intéressé?***

Ce sont des patients qui ne sont pas demandeurs au premier abord, mais en fait qui demandent une approche complètement différente de celle qu'on a au cabinet. Au cabinet, le patient vient, sa démarche est primaire: c'est de venir vous voir déjà avec au moins un motif. Le patient, dans les structures type CHRS, n'a pas forcément de demande. Donc, on va un petit peu au-devant de ces demandes, déjà en se faisant connaître, en étant là, en s'étant identifié comme un médecin, et en proposant ses services. La seule chose que j'ai institué véritablement, c'est d'au moins voir la première fois un nouvel arrivant. C'est à dire que tout nouvel arrivant, je ne lui saute pas dessus, je demande que l'infirmière ou que l'animateur qui s'occupe de lui me le fasse rencontrer au moins une fois, pour vérifier qu'il est quand même dans un circuit de soins s'il y en a besoin, ou s'il n'est pas dans un circuit de soins, peut-être lui faire identifier quelques problèmes de santé. Bon, c'est basique: c'est l'hygiène, c'est la mise au point sur les vaccins,

10 Unité de Reconquête de l'Autonomie Sociale (Association rouennaise de type CHRS - Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale -)

c'est leur état de santé, l'état sur leur conduites addictives, un petit peu retracer leur parcours, aussi leur parcours de soins, mais aussi leur parcours en général (s'ils viennent d'un autre CHRS, s'ils viennent de la rue, s'ils viennent de structure d'accueil d'urgence (style Bazire[11]) quelle a été la démarche qui fait qu'ils sont là). Et puis en fait, ce qui va intéresser, c'est ça: c'est que de prime abord, on est d'abord présent, on se présente à eux, on essaye de faire la démarche. Il m'arrive parfois d'arpenter les couloirs et puis d'avoir un patient qui dit: «ah au fait docteur, vous êtes là» et de commencer à échanger. Ça, je pense que c'est une démarche qui est unique, que je ne retrouve pas en étant étudiant à l'hôpital, dans mon cabinet de médecine générale ou lors de mes remplacements. Il arrive bien qu'on rencontre un patient sur un trottoir, mais c'est un patient qui nous connait déjà généralement, il ne nous alpague pas comme ça sur le trottoir. Alors que là, on va en structure. Et il faut parfois plusieurs semaines, plusieurs mois, voire plus, pour que cette personne-là, un jour, fasse une demande: une demande auprès du médecin, une demande de soins, une demande d'écoute. Une demande d'écoute, il l'aura déjà généralement faite auprès de l'animateur évidemment de la structure, de son référent, de son animateur référent. Mais parfois une demande d'écoute aussi par rapport à un travail de deuil qui n'a pas été fait, par rapport à un travail sur sa conduite addictive qu'il veut remettre en route, parce que ça été fait il y a longtemps… C'est ce qui m'a plu dans cette démarche là et aujourd'hui, j'y vois toujours un grand intérêt: un regard un petit peu sur la précarité.

- ✓ ***Alors est ce que cette expérience a modifié votre pratique de ville ?***

Je pense qu'elle a modifié ma pratique de ville, dans le fait que j'accueille aussi des personnes en état de précarité dans mon cabinet plus facilement, et que je deviens un peu exigent aussi envers la personne précaire qui vient dans mon cabinet. Notamment en matière d'hygiène par exemple, autant quand je vais dans le CHRS, à l'URAS, la personne, je la prends telle qu'elle se trouve, et avec l'infirmière, on travaille quand même beaucoup (et l'infirmière travaille beaucoup) sur l'hygiène, sur la présentation, sur le soin, sur les poux, sur les dermatoses. Autant effectivement s'ils viennent me voir ici, il faut qu'ils soient dans un état correct. Pourquoi? Parce qu'ils vont se mélanger dans une salle d'attente où il va y avoir des mamans, des vieillards, etc... Donc je deviens aussi, je modifie ma pratique vis à vis des gens précaires, mais aussi en acceptant que ces gens précaires viennent dans ma salle d'attente spontanément. Ça arrive puisque il y le foyer de l'Abbé Bazire qui n'est pas très loin, il y a la résidence Saint-Martin[12] qui n'est pas très loin, donc ces personnes en situation précaires qui sont amenées à venir avec ou sans rendez-vous, c'est assez régulier et ils se mêlent à la population classique de médecine générale. Donc je l'ai un peu modifié, oui… et mes patients le savent… pour eux généralement, ils l'identifient plutôt comme un point positif: c'est le médecin aussi qui accepte de s'occuper, parce qu'ils voient bien (c'est un quartier très contrasté où je suis), ils voient bien qu'il y a des gens, en errance, en désocialisation parfois… Ils ne sont pas SDF mais c'est tout comme: ils ont un toit sur leur tête, mais ils les voient dans la rue, et puis ils voient que certains sonnent à mon cabinet et y sont admis. Je pense que ça change aussi le regard des gens du quartier sur le médecin du quartier qui est capable d'accueillir…

11 Foyer de l'abbé Bazire, Centre d'Accueil et d'Orientation, structure type CHRS située à Rouen

12 CHRS pour hommes seuls ayant peu de revenus, situé à Rouen

✓ ***Alors vous dites que vous les acceptez avec ou sans rendez-vous… vous acceptez tout le monde avec ou sans rendez-vous ou alors c'est seulement cette population là ou vous acceptez qu'ils viennent sans rendez-vous ?***

Non non j'ai des phases… ça, c'est l'organisation de mon cabinet: le matin, je suis ouvert sans rendez-vous de 8h30 à 10h15. Donc sans rendez-vous, il arrive que des gens des foyers ou de la rue viennent à mon cabinet. Souvent, je préfère qu'ils soient accompagnés, qu'il y ait une démarche d'accompagnement, ou un coup de téléphone (parfois par la Chaloupe[13]). C'est parfois la Chaloupe qui prend le rendez-vous parce qu'ils annoncent un petit peu les choses… ils disent: «la personne va venir pour tel problème, on a identifié tel problème… Est-ce que vous acceptez?». Ils me demandent toujours si j'accepte. Alors, parce que parfois il faut qu'effectivement ça corresponde, que je prévois un peu plus de temps pour créer le dossier (si c'est un patient que je ne connais pas, pour faire un peu plus le tour de la question etc...). Donc là, la notion de rendez-vous, pas rendez-vous… Mais ça arrive le reste du temps, parmi la plage de rendez-vous, il y a des gens qui viennent sans rendez-vous, et ça, c'est de la demande de soins non programmée, qu'elle vienne de gens précaires ou pas, je la traite de la même façon… Je l'ai eu encore hier: quelqu'un en précarité qui n'avait pas vu de médecin depuis certainement une bonne dizaine d'années directement au cabinet avec une pathologie évoquant un accident cérébral qui remontait à 6 jours, il est venu avec son fils… sans crier gare… je l'ai évidemment pris dans mes patients, je l'ai fait hospitaliser.

✓ ***L'accueil en cabinet…. Bon… Vous en avez parlé spontanément… Et, au niveau clinique, est ce que ça a modifié des choses dans l'approche clinique de ces patients là au cabinet?***

Alors l'approche clinique est parfois rendue difficile par l'aspect du patient: très sale, très sale, très couvert… donc, leur faire accepter (pas tellement moi), mais parfois, il y a effectivement des odeurs pas très agréables, et donc on est obligé d'aérer le cabinet un certain nombre de minutes après le passage et désinfecter un petit peu avec des lingettes…Mais ça, c'est un des aspects… Parfois c'est un aspect un petit peu pratique dans une salle d'attente où il y a pas mal de monde: donc il y un aspect pratique… mais faire accepter à ce patient qu'il enlève une couche, puis deux couches, puis trois couches, ou d'écarter un petit peu les vêtements et puis... donc moi, non, j'essaie de rester clinique le plus possible, mais parfois ce n'est pas facile: parfois certains se déshabillent peu, veulent juste le renouvellement d'un traitement qu'ils connaissent déjà (un traitement psychotrope qui leur permette de dormir au foyer ou de ne pas être trop agressif ou de passer un cap), ou ils viennent juste parce que finalement l'infirmière du foyer a dit : «vous toussez beaucoup plus que d'habitude donc faudrait quand même voir ça». Il m'arrive d'être un petit peu plus interrogatoire clinique qu'examen clinique, mais j'essaye toujours de rester examen clinique quand même.

✓ ***Est –ce que vous avez ressenti des besoins de formations particuliers ?***

Oui… clairement… il y a des moments, je suis un peu dépassé parce qu'il y a beaucoup de pathologies psychiatriques à la rue… je crois que ça a été étudié… je pense que c'est dans des proportions qui n'ont rien à voir avec la pathologie de ville habituelle, et on a du mal à les cerner, on a du mal à les identifier, puis du mal à identifier les circuits de soins dans lesquels ils

13 "Restaurant social" et accueil de jour destiné aux personnes sans domicile fixe, ayant des problèmes de santé, situé à Rouen.

sont éventuellement déjà. Ça nécessite de la formation et de l'information...Or un patient, parfois ça vient de lui-même, il sait qu'il a une pathologie…Souvent il le sait… il sait même qu'il a un suivi avec l'UMAPPP[14] ou avec le CASP[15] ou etc.…. Mais il ne va pas en parler… Lui il va venir pour son problème de renouvellement, pour son rhume, pour son pied qui lui fait mal depuis quelques jours… donc on ne va pas parfois… c'est vrai que la consultation ne permet pas d'aborder tout…et puis des besoins en formation, oui… je pense que les dermatoses tellement évoluées. Parfois donc je tente des liens avec la dermato au CHU pas toujours très faciles, pas toujours bien accueillis… J'arrive aussi à avoir des consultations auprès de dermatologues de ville dans des délais un petit peu rapprochés; le problème, c'est que parfois les patients ne se présentent pas au rendez-vous, ou très en retard… S'ils ne s'y présentent pas du tout alors on a quand même l'aide de l'UMAS16. Ils ont leur locaux là derrière, à l'entrée du CHU, entrée rue de Germont ….l'UMAS, parfois par le biais de l'UMAS… on peut les renvoyer vers l'UMAS. Ils vont faire le lien pour le circuit de soins.

Justement après, sur les réseaux, est ce que le fait d'avoir travaillé à l'URAS a modifié vos réseaux autant avec les collègues qu'avec les travailleurs sociaux?

Oui… je les connais à peu près tous. Ils se sont présentés à moi au moins une fois. Les réseaux que je connais le mieux c'est « le Lien », l'UMAS, « la Chaloupe »… Il y a aussi l'accompagnement IRA[17]…

✓ ***L'IRA ?***

L'IRA c'est un accompagnement (je ne me rappelle plus le «I» exactement)… le reste c'est Réflexion Alcool… ce sont des gens qui sont en réflexion sur l'alcool et sur le soin en général, et qui sont pas totalement désinsérés sur le plan social, mais qui ont été repérés par l'OHN[18.] Généralement, il y a une action qui s'appelle IRA, et d'ailleurs il y a des gens qui ont la double casquette: il y a mon ancien animateur de l'URAS, qui est maintenant devenu animateur IRA sur un temps partiel, et puis animateur, je ne sais plus ou, sur un autre temps partiel. Donc c'est bien: c'est des gens à double casquette, qui connaissent bien la structure, et puis qui travaille beaucoup maintenant depuis deux ans chez le médecin coordinateur sur Rouen.

✓ ***D'accord …Et avec les collègues en libéral comment vous faites ?***

Quand je présente la situation, généralement les spécialistes que je connais ne pratiquent pas le dépassement d'honoraire. Ils acceptent la CMU, ils acceptent l'invalidité, ils acceptent le tiers payant, ils acceptent la tutelle, généralement ceux que je connais. Alors, je ne peux pas dire que c'est toujours très facile, mais si c'est à petites doses, et que si c'est justifié, généralement pas un mauvais retour, et il n'y a pas eu de difficultés particulières. Mais c'est vrai que l'extrême majorité du recours va se faire quand même plus à l'hôpital.

---

14 Unité Mobile d'Action Psychiatrique pour Personnes Précarisées

15 Centre d'Accueil et de Soins Psychiatriques

16 Unité Mobile d'Accompagnement Social

17 Information Réflexion Alcool

18 Œuvre Hospitalière de Nuit

- ***Pour quelles raisons, d'après vous, la médecine de ville a des difficultés à accueillir des gens vivant à la rue ou vivant dans une grande précarité ?***

Moi je pense qu'il y a plusieurs aspects…d'abord dans notre formation… moi je ne l'avais pas du tout (quand j'ai commencé à travailler avec l'URAS, avec le foyer Abbé Bazire), j'ai pas du tout eu l'impression d'avoir eu d'informations ou de formations sur la précarité, sur toutes les pathologies induites par la précarité. J'avais pourtant fait un stage d'interne en alcoologie ou j'avais vu quelques personnes, mais en fait, en alcoologie on discute avec des gens de toutes conditions, donc j'avais vraiment eu l'impression que tout ce pan de patient en précarité, en en désocialisation, en désinsertion sociale, que j'étais passé un petit peu à côté. Pourtant, en ayant travaillé à l'hôpital, on voit un patient tout nu avec une robe qui est a peu près propre, et pour lequel on s'intéresse à une pathologie. Ça c'est un premier point. 2ème point: je pense que c'est l'accueil dans son cabinet, dans son beau petit cabinet, d'une personne, parfois alcoolisé, parfois un petit peu volubile, parfois pas très propre, voire parfois très très sale… ça m'est arrivé pourtant… il y a l'habitude de dire aux gens «écoutez; allez aux douches municipales et revenez tout à l'heure», redonner un rendez-vous de manière décalé… Parfois c'est fait, parfois je ne revois pas la personne, parfois ou je la revois 1 ou 2 jours plus tard… donc je pense que ça aussi c'est une difficulté, c'est une difficulté. Ça peut être une difficulté aussi du fait de comment le patient a été reçu dans la salle d'attente, comment les autres patients perçoivent la personne comme ça dans la salle d'attente, et après en parle à leur médecin… Moi je vous dis, j'ai plutôt eu des retours positifs, mais est ce que c'est le cas dans toutes les salles d'attente, ça c'est vrai que je ne pose pas la question forcément à mes confrères. Je pense que ce sont les deux principales raisons, et quelque part, de pas savoir, pas connaitre après le réseau associatif qui existe tout autour… c'est presque par moment, je me demande si ça devrait pas être presque un boulot un petit peu à part… je n'aime pas l'hyper spécialisation au sein d'un métier, mais par moment je vous dis que quand je vais a l'URAS, c'est un boulot un petit peu à part quand même. Ce n'est pas une médecine de tous les jours. Je suis maitre de stage, et même avoir un étudiant en foyer, ce n'est pas évident, parce qu'il faut entrer dans la chambre, ouvrir le rideau, ouvrir la fenêtre et puis commencer à s'occuper du patient… voilà les principales difficultés, je pense, en manque de formation/ information dans notre cursus… est-ce que ce n'est pas un boulot un petit peu particulier ? Parfois quand je sais quand l'UMAS, la Chaloupe me téléphonent pour m'annoncer un patient et qu'ils m'ont bien présenté le problème, je mets quand même souvent une marge de sécurité; je mets un horaire particulier un petit peu en marge de… voilà... pour avoir du temps, pour voir un petit peu comment ça va se passer, pour établir le lien qui n'est parfois pas simple. On ne peut pas être rapide, on ne peut pas expédier; d'autant qu'il y a souvent dans cette démarche parfois quelqu'un qui va accompagner (quelqu'un de l'UMAS, quelqu'un l'UMAPPP, quelqu'un du Lien), qui va accompagner, donc qui va nous livrer des informations, puis après qui va vouloir se retirer pour qu'on fasse notre travail d'auscultation, et puis après qui va revenir parce qu'on va échanger de nouveau nos informations sur un suivi et remettre un rendez-vous… c'est un petit peu particulier, pas toujours facile à articuler avec la médecine général… le problème du temps… voilà… et quand on voit qu'on va avoir un problème de temps et qu'on commence à dire à l'un de nos partenaires «aujourd'hui ça va pas être possible, demain je travaille pas (je ne travaille pas le mercredi) jeudi… allez je vous vois… pas jeudi midi… mais allez… je vais vous voir à 13h30 et on va se laisser du temps… OK». Parfois, il y a un coup de téléphone le jeudi matin en

disant que la personne n'a pas attendu. On sent que de temps en temps, il y a une demande… ce serait bien que ça se fasse aujourd'hui, si c'était possible… quand je peux, ben oui, j'essaye de répondre, et puis parfois, je dis non… là ça va pas, ou alors je vais bâcler mon travail… on a parfois cette impression de ce rendez-vous manqué… bon faut l'accepter… on l'a dans beaucoup d'autres pathologies. On a déjà à l'admettre de nos patients habituels. Il faut accepter… on a l'impression de ce rendez-vous manqué... Alors comme on a des réunions inter-partenariales régulières, ben souvent le patient en question retombe sur le papier un jour ou l'autre et repart, et puis finalement va raccrocher les wagons tôt ou tard… je pense: il y a un patient psychotique qui était hyper connu dans la rue (M. R) qui était un grand échalas, qui fouillait toutes les poubelles dans les rues de Rouen, parfois faisait un peu la circulation avec son petit cartable et avait une attitude très particulière, et ça fait un an et demi /deux ans qu'il est à l'URAS et ça se passe très, très bien. Il a fallu l'amener; alors en fait, on l'a raccroché par l'UMAPPP, par un jour où il est passé dans une structure en accueil d'urgence, et puis ben finalement on a réussi à faire qu'il soit bien identifié au niveau de la structure de soins psychiatrique où il va toujours; il est parfaitement stabilisé par son traitement, ou il est parfaitement intégré dans la structure rurale, ou il est calme, il a un comportement correct, canalisable, et du coup, moi je peux intervenir auprès de lui quand il y a des soins ponctuels.

- ✓ ***En ce qui concerne les patients qui sont en difficultés d'accès aux soins du fait de leurs précarités, est ce que vous avez une représentation du cabinet de ville idéal?***

Maisons de santé…oui...je pense quand même que c'est un travail qui est difficile d'assumer un peu seul quand on est dans son cabinet, tout seul comme moi j'exerce… j'envisage à l'avenir de ne pas rester tout seul…je pense que les maisons de santé ou il y a aussi la possibilité d'effectivement d'avoir l'infirmière à coté qui va pouvoir faire un petit prélèvement (parce que quand on dit à son patient «est ce que vous acceptez une prise de sang?» c'est pareil, il ne faut pas lui fixer des délais trop large. «Tenez, pour votre pied, je pense qu'il n'y a rien, mais il va peut être falloir commencer un peu de kiné pour votre rééducation de la marche). Moi je pense quand même… une prise en charge pluridisciplinaire sur place éventuellement (la permanence de la sécu ou de la CAF), pour remettre à jour les papiers. Moi j'y crois, parce que parfois, avec les patients, je fais un petit papier, «vous allez a la rue de Germont, ils me connaissent bien, remettez a jour vos papiers, puis quand vous reviendrez me voir la prochaine fois vous aurez une carte vitale à jour, un papier à jour». Parce qu'ils viennent vraiment de la rue, ou ils se sont fait piquer leur papier; il y a beaucoup de bagarres, se font piquer leur papier régulièrement ,ou les perdent, peu importe, je ne suis pas la pour vérifier tout ça… donc du coup, j'essaie au moins de… voilà… donc du coup, ça fait faire des démarches… bon… ils sont pour la plupart capable de le faire, mais pour un certain nombre, quand même en grande difficulté pour le faire seuls…donc du coup, ben effectivement il faut..donc cabinet idéal, j'y ai pas vraiment réfléchi, mais en tout cas pas cabinet seul… c'est parfois difficile je n'ai pas de secrétariat sur place je réponds «allez-y rentrez». Je suis assez vigilant dans la salle d'attente… je vais voir… je connais bien maintenant, mais cabinet seul, je ne pense pas que ce soit la bonne solution… ça va que je sois en centre-ville: il y a des foyers à proximité, il y à l'hôpital pas loin, la Chaloupe n'est pas loin, il y a un dentiste qui travaille sur les réhabilitations de bouche sur les gens en précarité, notamment à la CMU. Évidemment ce n'est pas un toubib, c'est un dentiste qui travaille sur la précarité et sur la réhabilitation de bouche complète de gens qui ont au moins la CMU et qui a étendu a quelques autres tiers

payant mais CMU CMU CMU…

- ✓ ***D'accord…***

Donc de temps en temps j'ai un petit mot, je décroche mon téléphone, il essaye de le garder longtemps sur le fauteuil, il lui explique tout ce qu'il fait, il fait de la réhabilitation de bouche parce que la dentition est dans un d'extrême défaillance…

- ✓ ***Ensuite est ce que pour vous il y a des aspects qu'on n'a pas abordé et que vous voudriez quand même rajouter sur ce type de patient ?***

Non je pense qu'on a abordé à peu près tout... il y a quelque chose dont il faut se décomplexer, c'est sur le paiement... ce que vous n'avez pas trop abordé… si… vous l'avez abordé quand j'adresse des patients à des confrères qui travaillent avec des dépassements d'honoraires, mais je n'ai pas du tout de complexe par rapport à ça… j'arrive toujours à me faire payer mes honoraires. Pourquoi? Parce qu'effectivement ce sont des gens… c'est une question de temps… ils n'ont pas de papiers à jour, le jour ou on les voit, mais on va arriver à obtenir une CMU, donc la feuille de soins, si je ne la fais pas tout de suite, je la fais un petit peu plus tard… ou on va s'apercevoir qu'ils sont en indemnités, ou aussi on va s'apercevoir qu'ils ont une tutelle, donc c'est la tutelle qui va un petit peu régler et gérer ces problèmes-là, ou finalement, qui a une telle pathologie et donc on va… et c'est aussi notre rôle de santé publique, c'est de dépister une pathologie qui est suffisamment grave pour demander un 100% par la sécurité sociale… bon… avec la démarche qui va effectivement jusqu'au médecin traitant, le patient accepte généralement… quand on a dépisté un diabète avec des complications généralement et qu'on lui dit «ce serait bien que vous soyez a 100% ce serait plus simple pour le soin etc...» on devient le médecin traitant. Même si on le perd de vue après, peu importe, ce n'est pas grave ça arrive… on travaille bien pendant 6 mois, puis on ne le voit pas pendant 1 an et demi… ça m'est arrivé récemment: un patient, je commence à avoir de nouveau des retours, mais cet aspect-là complexe parfois les confrères auxquels j'en parle parfois. L'une de leurs réflexions c'est que «tu te fais pas payer...», je dis non ce n'est pas vrai… je me fais payer systématiquement pour mes actes… alors, pas forcément de manière primaire au début dès que je les vois !! ce n'est pas très grave, je vois avec l'animateur référent. Un jour je récupèrerai les numéros de sa mutuelle, les numéros de sa tutelle et on réglera ça plus tard… parce que je pense que toute peine mérite salaire et qu'on fait des actes gratuits tous les jours… mais je n'ai pas l'impression d'en faire plus pour la personne précarisée que pour les autres personnes…

- ✓ ***Faudrait-il envisager un autre type de paiement? Forfaitaire par exemple, ou autre…***

C'est à dire que, quand effectivement, on a ce patient qui vient de nulle part on va dire, qui a quand même été repéré à de multiples reprises par des partenaires sociaux, qui un jour effectivement, se disent on va prévoir… et qu'on passe effectivement ¾ d'heure ou plus avec le patient… parce que sans compter le temps administratif, le temps téléphone pour récupérer des éléments à droite à gauche, c'est vrai que 22 euros c'est pas très cher payé… alors, après la forfaitisation, moi je serais plutôt pour… Mais je ne vois pas très bien par quel biais, mais pourquoi pas… pour ce type de patient, pourquoi pas…. il y a des types de patients que je vois au foyer de l'URAS, non, ça ne se justifie pas: ils ont une couverture sociale, je les vois, je fais un renouvellement de traitement ou je fais un suivi, ou je vais faire exceptionnellement un ECG, je vais faire une injection… c'est prévu, il y a une nomenclature pour, il n'y a pas de

problème… pour certains types de patients, effectivement le temps passé, le temps de soins, de recueil de donnés auprès des partenaires, le temps ensuite administratif, le temps de décrocher le téléphone est tel, que parfois effectivement, on se dit: 22 euros c'est quand même pas très cher payé. Pourquoi pas, mais je ne vois pas par quel biais il faudrait qu'il soit identifié qu'il y ait une mesure particulière. Là je le vois un petit peu plus au travers des 10 patients qui sont accueillis dans les lits halte-santé, où là il y a forfaitisation du tarif journalier qui permet de payer un petit peu tout le personnel qui gravite y compris moi. Là, du coup j'ai une convention qui me lie à la structure et pour un avis médical ponctuel c'est tant, pour assister à une réunion, c'est tant... même un temps de réunion, c'est prévu, c'est rémunéré, c'est une forfaitisation… je me suis mis d'accord avec les bailleurs de fonds et puis les gens qui gèrent les fonds reçus et on s'est mis d'accord et voilà !!..... C'est un dispositif particulier forfaitisé avec des plans de réunion… là oui… on a évoqué tous les aspects... on a signé une petite convention à l'OHN, il y a un avis… Après quand il y a du soin ponctuel entre deux, c'est le tarif conventionnel et lors d'une réunion quand on évoque le cas de l'ensemble des patients de la structure tous les jeudis je dis c'est tant… c'est tant de dossiers c'est tant… la réunion, qu'elle dure 20 min ou 1 heure et demi... c'est à peu près comme ça qu'on a calculé … Dans mon esprit, ça se concevait... je n'avais pas de référence… je n'ai pas cherché non plus… ça me semblait logique, ça fonctionne bien comme ça… effectivement ça compense… je ne vais pas à une réunion pour une réunion... parfois on aurait tendance à se dire : c'est une réunion de plus… du coup je pense que c'est important… ça pourrait peut-être inciter les confrères si il y avait effectivement ce système de forfaitisation de recevoir un peu plus facilement… peut être… même certainement… parce que effectivement le 1er contact avec un patient qui a beaucoup de problèmes, on lâche beaucoup... il faut du temps, plusieurs consultations pour arriver à s'y retrouver, arriver à tisser des liens avec l'infirmière ou l'animateur qui s'occupe de lui pour arriver à faire le tour de la question.

Annexe 1.2 : Entretien N°2 Docteur Richard

- ✓ ***Donc ma thèse porte sur le rôle du médecin généraliste auprès des patients ayant des difficultés d'accès aux soins. Alors, ma première question, c'est: qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans une permanence d'accès aux soins ?***

Eh bien, en fait c'est mon frère ainé qui nous a présenté, qui est chef de service et donc qui est hospitalier, lui, depuis plus de 15 ans. J'ai été interne dans cet hôpital de Pont Audemer pendant 6 mois. Donc je connaissais l'hôpital, et je connaissais ensuite (par l'expérience de mon frère ainé qui est lui aussi généraliste à Rouen, lui à temps partiel là). Et en 2003, quand se sont créées les permanences d'accès aux soins de santé, il m'a proposé de… il m'a demandé si ça m'intéressait d'effectuer quelques vacations dans ce cadre, puisqu'ils recherchaient un médecin pour cette P.A.S.S. Et étant médecin, enfin… je suis médecin vraiment rural, et à la fois j'arrivais à la fois à un moment de mon exercice où c'est un petit peu lourd de toujours tout faire tout seul. Donc j'ai trouvé là une opportunité, à la fois, pour accueillir un échantillon de clientèle que je ne connaissais pas bien, (on va en parler je pense après) et puis, faire un travail d'équipe, ce qui au bout d'un certain nombre d'années manque. Donc quand on a eu notre parcours hospitalier, donc à la fois ce travail d'équipe, ce… l'accueil de… ça m'intéressait de m'occuper des gens en situation de grande précarité, et puis de mettre un pied dans l'hôpital.

- ✓ ***Qu'est ce qui vous intéressait dans le fait de vous occuper de gens en grande précarité?***

Sur un plan déjà éthique, sur le plan personnel, que j'avais déjà remarqué lorsque la CMU a été instaurée que, en tant que généraliste de campagne j'ai eu accès à des familles qui ne venaient pas me voir. Donc ça m'a fait prendre conscience qu'on avait beau être présent et avoir un cabinet médical et même si je pense que sur le plan de mon rapport à l'argent, ma clientèle, je pense, était au courant, je pense que si ils avaient un problème financier, ils pouvaient quand même venir. Mais on se rend compte qu'il y a la pudeur, il y a beaucoup de choses qui font que les gens qui n'ont pas les moyens d'avancer la consultation… (et c'était le cas avant la CMU), ne viennent pas voir le médecin et même si… ou alors il faut qu'il y ait une urgence sur le plan surtout des enfants, mais les adultes eux ne se soignent pas, enfin je me suis mis à soigner des gens que je ne voyais jamais avant donc ça… et puis sur le plan personnel, je rencontre, et j'ai rencontré depuis 2003, des jeunes en grandes difficultés sociales, des problèmes de toxicomanies, chose que je ne trouve pas du tout en milieu purement rural.

- ✓ ***Est-ce que cette expérience, cette pratique dans la permanence d'accès aux soins… est-ce que ça a modifié quelque chose dans la pratique de ville ?***

Oui… bien sûr… ça ne peut qu'améliorer le regard qu'on porte (même si sur un plan personnel j'essaie déjà d'avoir cette attention aux gens les plus démunis) sur le plan pas forcément matériel mais psychologique... psychologique ou cognitif… c'est ça… c'est la seule chose. Sinon, ce que ça permet de mieux comprendre, c'est un petit peu tous les rôles de l'assistante sociale, tous les circuits qui existent finalement dans notre pays et dont on n'a pas forcément bien conscience en tant que généraliste isolé dans son cabinet.

- ✓ ***Ça a changé votre réseau en quelque sorte ?***

Voilà… ça permet finalement de savoir qu'on a accès à des choses qu'on

ignorait finalement antérieurement… et puis aussi d'avoir un autre regard sur l'activité de l'assistante social, de tout ce que notre pays peut offrir d'aides sur le plan social.

- ✓ ***Est-ce que au niveau de l'accueil dans votre cabinet ça a changé quelque chose ? Est- ce que vous avez réfléchi à comment accueillir…comment construire votre accueil pour qu'un maximum de gens puisse venir ?***

Non… non, ça n'a rien changé parce que je n'ai pas… déjà je n'ai pas de secrétaire qui accueille, donc j'accueille toujours en direct les gens…. je suis quand même très souple. Je ne suis pas quelqu'un de rigide sur le plan des rendez-vous etc..… donc les gens savent que si vraiment il y a un gros problème, ils peuvent venir me voir, me le dire… comme je suis dans un petit bourg, j'ai… mon cabinet a deux portes en fait: une porte qui donne sur la salle d'attente, une autre porte par laquelle je fais sortir les gens, et qui donne sur la place… et donc ça leur arrive de temps en temps de m'attendre devant cette porte là pour me dire voilà… pour me donner un résultat ou parler d'une de leurs inquiétudes… voilà… je suis assez disponible à ce niveau-là, donc ça n'a rien changé pour moi.

- ✓ ***D'accord… Et au niveau clinique, est- ce que ça a changé quelque chose ? Est- ce que ça vous a donné des besoins de formation, le fait d'avoir travaillé dans cette PASS ?***

Ça m'a pas apporté... les besoins de formation, on les ressent constamment…Le fait d'être à l'hôpital, ça a probablement aiguisé mon désir de la formation… là, je dirais que c'est plus l'aspect médecine polyvalente que l'aspect de… le fait de travailler dans la permanence d'accès aux soins de santé, ça m'a plutôt enrichi sur le plan du travail d'équipe, sur le plan de la connaissance de cette précarité mais qu'on ne peut... enfin… (sur les 5 ans d'expériences… qu'on ne peut pas toucher en tant que médecin généraliste… on a fait beaucoup de mailing sur les généralistes au niveau de l'accès aux soins de santé… c'est pas eux qui voient les gens en grande précarité, c'est ça le problème….

- ✓ ***Et pourquoi justement ?***

Parce-que finalement, on se rend compte que les gens en grande précarité se replient sur eux même, donc ont même beaucoup de difficulté à alerter, même si d'abord, dès fois, ils le savent pas qu'ils peuvent alerter une assistante social etc.… finalement, on ne draine ces gens la que par le biais de voisins, d'associations caritatives… et c'est pour ça qu'on est le pôle social d'une ville, ou de CCAS, les comités d'actions sociales des petits bourgs… et c'est là où en fait, on essaie de fournir tout notre effort de communication: parce qu'on se rend compte qu'il y a un vrai besoin… et je pense qu'il y a des personnes qu'on ne touche pas encore, et là, on est, nous, très attentifs sur le plan de cette communication… on va régulièrement voir les associations (Secours Catholique, les resto du cœur, le Secours Populaire, etc.…, les associations style réinsertion par le travail pareil etc.…..). Sur le plan des jeunes, à PONT-AUDEMER, il y a la PAIO, qui est un organisme qui est fait pour accueillir les jeunes qui sont en grandes difficultés, exclus et sur le plan surtout du travail, et on a un partenariat avec eux parce qu'ils étaient assez démunis sur le plan des problèmes de santé qu'ils pouvaient rencontrer chez les jeunes… et là, on a vu la différence. Depuis qu'on a fait une réunion avec eux, ils ont vu nos locaux, et ils se sont rendu compte qu'on pouvait vraiment apporter beaucoup à ces jeunes, qui des fois, sont en grande détresse psychologique. On a la chance d'avoir une psychologue, une nutritionniste, on a une infirmière et une assistante social donc… on a la chance a PONT-AUDEMER

d'avoir une équipe vraiment très très…et puis un médecin qui est le même tous les jours qui… pour avoir vu beaucoup de P.A.S.S, soit c'est des généralistes qui s'investissent, soit c'est des urgences où là, on a une équipe qui… on a un staff tous les lundis, on fait le point de tous les malades qu'on a vu (des gens qui ont besoin de tels choses tels choses) on a même une… on a aussi au moins une secrétaire… on a la chance d'avoir une équipe vraiment complète puis… ce qui fait que ça permet de bien travailler…mais sur le plan du cabinet...ça m'a pas permis d'aller chercher plus de gens en grande précarité dans mon exercice de médecin généraliste parce que en fait, si ils ne viennent pas on ne peut pas aller les chercher c'est vraiment… c'est le problème ça…

- ✓ ***D'accord…***

Il faut aller les chercher, les gens en grande précarité…on le voit dans tout ce qui les concerne, quelque soit les secteurs… et là… donc les assistantes sociales aussi ont fait le forcing, mais dès fois, c'est des voisins qui repèrent quelqu'un qui n'avait pas l'apparence d'avoir de grande difficulté, puis en fait, vit dans une caravane, dans un champs… et les gens sont très pudiques, et surtout les gens qui sont dans cette situation là…donc…

- ✓ ***Alors est-ce que vous avez une représentation du cabinet de ville (là, en l'occurrence, de campagne) idéal pour justement permettre à tout le monde de pousser la porte facilement…***

Il n'y a qu'un aspect… on se rend compte… ça, je m'en suis rendu compte par le biais de la permanence d'accès aux soins de santé (c'est bien pour ça que sur notre publicité, c'est ce qu'on met)… il n'y a qu'un aspect qui peut amener les gens à...c'est l'aspect de la gratuité...il n'y a que ça qui peut permettre à une famille de venir, si… bien sûr, les acteurs ne montrent pas de différence ou d'hésitation vis-à-vis de cette clientèle là comme on a pu lire, et je pense que c'est quand même très marginal, sur le plan des gens qui accès au soin par la CMU, et vraiment, on le voit vraiment par le biais des permanences aux accès de soins de santé… c'est que… on a la chance, nous, d'avoir des locaux impeccables, qui il y a des bureaux qui valent largement des bureaux de médecins, qui sont très propres, et les gens se sentent vraiment accueillis et respectés dans leur dignité… la confidentialité est assuré… et très rapidement, il s'établit une relation de confiance avec ces gens en grande précarité…je crois que c'est surtout l'aspect de gratuité parce que ce sont des gens qui sont dans de telles difficultés que… qu'il y ait une très belle maison médicale ou qu'il y ait qu' un petit cabinet de 20 m carré, s'ils savent qu'ils seront accueillis avec le sourire, et que leur problème d'argent n'est pas un problème, ils pousseront la porte. Ce n'est pas tant une question qu'il y ait ou pas plusieurs acteurs de santé que la possibilité d'être accueillis avec dignité, quelque soit leur situation financière etc... c'est vraiment ça...enfin pour moi c'est ça.

- ✓ ***D'accord.***

Et puis parfois, compte tenu de leur problèmes psychologiques, troubles dus à l'alcoolisme, ou débilité légère… là il faut dire que personne va les amener là…c'est jamais le problème que ça soit gratuit ou pas… il pousseront la porte parce qu'ils ne s'occupent pas d'eux…c'est pas dans leur culture…là les permanences d'accès aux soins de santé…ça peut… à la campagne, on voit le cas de voisin qui emmène quelqu'un chez le médecin, donc ça… il y a une solidarité qui s'exerce, qui existe sûrement plus que dans les grandes cités…

✓ ***Peut-être…***

Donc, voilà… je ne pense pas que c'est…en dehors de cet aspect de gratuité et après c'est fonction des personnes….je suis très interpellé par ce problème des personnes qui refusent l'hébergement alors qu'il fait moins 5 parce que c'est le souk dans le foyer…on en revient toujours, je pense, à la dignité de l'être humain, et l'être humain préférera se laisser mourir que d'être dans un lieu où il n'est pas respecté, où ses affaires vont lui être volé.

✓ ***Bien. Il y-a-t-il des choses qu'on n'a pas abordé, ou quelque chose que vous voulez ajouter?... un aspect dont vous voulez parler particulièrement.***

Par rapport aux généralistes et à la grande précarité?

✓ ***Voilà...***

Je pense que une des… sûrement comme je vous disais au début… une des grandes réponses qui a sûrement permis d'éviter que se multiplie cette situation là chez nos contemporains, c'est la CMU…ça je pense que c'est vraiment…

✓ ***Le tiers payant…***

Voilà… la CMU, avec le tiers payant, qui permet aux gens, là, vraiment d'être accueillis… je ne pense pas qu'il y ait beaucoup de médecin qui manifestent une hésitation à soigner les gens, qui en plus les rémunère d'une autre façon, mais les rémunère de la même façon…je m'en suis rendu compte dans la pratique courante, comme je vous le disais tout a l'heure, avec des gens qu'on ne voyait pas, des familles qu'on ne voyait pas, qu'on s'est mis à voir lorsque la CMU a été crée… et en dehors de ça les gens en grande précarité (on a beau être un pays très riche)… ça me parait difficile qu'il n'y en ait plus du tout… par contre, j'ai pu constater sur 5 ans d'expérience de l'utilité et la nécessité de cette PASS, parce que d'abord, on se rend compte qu'on n'est pas amener à suivre très longtemps les gens (grâce à l'assistante social si elle est dynamique, et cette équipe, et cette confiance qui s'instaure très rapidement)… enfin, on a pu nous dépister des pathologie cancéreuses, des pathologies cardiaques… enfin, je veux dire, des choses quand même lourdes, et remettre les gens sur les rails du circuit de soins classique dont ils ne pensaient pas avoir droit..je sais pas si, par contre, on a modifié au niveau des généralistes… je ne pense pas que ça change grand-chose. Je crois que c'est des gens qui sont tellement loin de tout, que bon, c'est vraiment un biais pour aller les chercher et les remettre dans le circuit, parce que le généraliste a beau être le plus accueillant possible, si la personne…on en voit même des gens qui sont pas en grande précarité sur le plan financier, mais qui refuse des soins, et qu'on voit arriver (même si heureusement c'est rarissime), qu'on voit arriver avec un cancer au stade de trois mois, mais bon c'est leur choix… ça revient un peu à ça, la grande précarité des gens qui s'occupent pas d'eux donc …donc voilà… faut aller les chercher, alors que l'information est capitale pour les voisins, les gens qui peuvent être amené à les côtoyer, un commerçant, mais par contre, voilà eux même….

✓ ***D'accord… bon…***

Je pense que ça répond bien, je crois, à un souci de société évolué, de se dire qu'il y a des personnes qui sont démunis au point de ne pas se soigner, même si le système de soin est performant et peut les accueillir… et donc d'aller les chercher… donc de commencer avec tous ces handicaps qui concernent une enfant, ou un adulte, ou des gens qui ont des

pathologie psychiatriques, qu'on est un peu obligé de soigner contre leur gré…enfin contre leur gré….pas contre leur gré.. c'est parce qu'ils ne voient pas l'utilité de se soigner.

- ✓ ***Oui voilà ce n'est pas le problème qu'ils ressentent…***

Ce n'est pas… je crois qu'il y a beaucoup de choses sur le plan social en France… on se rend compte: il y a tout ce qu'il faut par le biais de la PASS… je me suis aussi rendu compte de ça… il y a vraiment un manque de connaissance… on n'arrête pas de dire qu'on existe, et beaucoup de gens qui travaillent dans le social, des fois, ouvrent de grands yeux.

Annexe 1.3 : Entretien N°3 Docteur Pierre

- ✓ ***Alors vous avez travaillé pour la PASS d'Evreux, des Feugrais…***

J'ai travaillé…oui…. pour la PASS d'Evreux, des Feugrais…

- ✓ ***Qu'est-ce qui vous a donné envie de travailler… enfin d'intervenir là ?***

En fait, c'était une vue un petit peu globale que j'ai de la médecine, disons que ça me plaît bien d'une part, d'une autre c'était… comment dire… un ami qui montait ça, donc (c'était le docteur …) donc, il m'a demandé, et j'ai donc accepté. Il le savait bien d'ailleurs, c'était dans le but des choses voilà… j'étais effectivement… bon voilà…

- ✓ ***Mais donc… c'est quoi cette vue des choses ?***

En fait, vue de la médecine… le but, c'est d'essayer de soigner les gens au mieux; s'il y en a qui sont pas bien soigner qu'est-ce qu'on peut faire pour eux?

- ✓ ***Alors …mais ….Est-ce que vous pensiez toucher les gens par l'intermédiaire de la PASS, que vous ne touchiez pas ?***

Donc voilà… c'est à dire que, ce que vous m'avez dit en préambule, c'est exactement ce que je pensais…c'est-à-dire que j'avais l'impression que, moi, dans mon travail, je donnais accès au… à tous… c'est-à-dire que tout le monde peut venir ici, même si ils n'ont pas d'argent, je ne vais pas en faire une affaire d'état… j'essaye que les choses soit bien claires, parce-que faut pas abuser, mais, si il y a un souci pour certaines familles qu'on connaît très bien, ils savent très bien que ils ne peuvent pas payer… ça se fait pas beaucoup, c'est-à-dire que les gens se débrouillent toujours… et puis voilà, alors… après on peut demander si ils avaient des signes… même s'ils amènent quelque chose, est ce que dès fois ils seraient venus plus ou etc.…. et je dois dire que j'ai été surpris, car une fois j'ai vu arriver un de mes patient (ou plus exactement une de mes patiente) et là, je dois dire que je me suis dit que quand même c'est incroyable, voilà…

- ✓ ***Est-ce que ça a modifié votre pratique de ville le fait d'être passé par là ?***

Eh bien, écoutez… grosso modo pas beaucoup, non… voilà… c'est-à-dire que… voilà, quand on a ouvert le PASS , (parce qu'en fait on en a été au départ), au début du PASS, il y avait à l'époque essentiellement donc, quelques médecins généralistes, et quelques médecins des urgences, je crois, qui venaient… oui… il y en avait quelques un qui venaient également…Donc, c'étaient surtout des médecins généralistes, et quelques praticiens hospitaliers qui venaient, et donc, on était quand même un certain nombre… ce qui a changé maintenant d'ailleurs… on était un certain nombre….et comment dire… au départ on a eu beaucoup de travail, il y avait des consultations qui étaient très pleines, et nous, sur le côté médical bien sûr, on faisait notre travail, mais la personne qui a sans doute fait le plus gros travail, c'était l'assistante sociale… l'assistante sociale qui a géré un nombre de dossier énorme, et petit à petit on a vu nos consultations diminuer, diminuer, et se résumer… en tout cas moi, en ce qui concerne la fin de mon travail enfin… les dernière fois où j'ai travaillé là-bas, c'était il y a quoi? 3 ou 4 ans? La dernière fois où j'y suis allé, c'était essentiellement des

sans-papiers, et tout le reste de la population elbeuvienne intégrée, entre guillemet, ne venaient plus… Ils avaient tous récupéré le système… attention ça c'est ma vision… je pense que globalement, c'est un peu vrai ce que je dis, même s'il y a, bien sûr, quelques exceptions.

✓ ***Et donc ça n'a pas modifié …***

Mon travail ?

✓ ***Oui…***

Si… quelque part (c'est ce que je vous ai dit toute à l'heure sur…comment dire…) le fait d'avoir eu une de mes patiente bien sûr, ça m'a questionné, bien sur… donc peut-être qu'effectivement, dans mon… je suis encore plus ferme la dessus… c'est-à-dire que quand je vois qu'il y a un souci, je vais peut-être insister de manière plus importante sur le fait qu'ils peuvent venir là quand ils veulent.

✓ ***Alors… Donc est-ce que ça a modifié quelque chose sur l'accueil des gens… (ça, vous venez un petit peu d'en parler) sur la clinique, c'est-à-dire, par exemple, je pense à certains problèmes, les intrications entre la pathologie psychiatrique et la toxicomanie… est-ce que vous avez ressenti des besoins de formation sur certains points particuliers comme…***

Oui… J'aurais pu effectivement… non, au PASS… au départ, il n'y avait pas beaucoup de ça, il y avait bien sûr… mais pas plus que dans nos consultations habituelles… donc il n'y avait pas un gros, gros changement; moi je travaille à St Pierre-lès-Elbeuf, donc ce n'est pas Elbeuf… donc moi, dans ma pratique, j'ai en tout cas pour l'instant pas beaucoup de patient suivit pour ce qui est de la toxicomanie, avec les drogues entre guillemet «dures», les problèmes d'alcoolisme etc….. bien sûr… et en ce qui concernent les drogues dures, il y en a très, très peu ici, donc on est relativement peu confronté à ce problème là… en ce qui concernent les problème psychiatriques… ça, c'est un problème majeur…

✓ ***Sur la façon de recueillir certaines données psychosociales…?***

Non… je crois que c'est quelque chose sur lequel je faisais déjà attention. Est ce que j'ai peut-être fait un petit peu plus attention… en tout cas, ce n'est pas net en tout cas… mais peut être que ça l'a été… mais en tout cas, je l'ai pas fait consciemment tout cas…

✓ ***Et au niveau des réseaux avec les travailleurs sociaux, avec les confrères spécialistes, comment vous faites avec vos patients qui sont dans la précarité?***

Ah… c'est un problème: le dépassement d'honoraire… c'est un problème terrible, parce que là, on ne touche même presque plus la précarité… on touche un grand, grand nombre de personnes… ça, ça me chagrine, j'essaie de savoir…. C'était quelque chose qui était complètement….enfin, je veux dire… on le savait pas, ça avant, alors je pense que c'est beaucoup plus marqué maintenant, ça c'est certain, mais c'est évident que je fais bien sûr attention dans ce genre de soucis et d'une manière général d'ailleurs, parce que je trouve ça un petit peu dur, aussi bien pour ces personnes-là, que pour les autres. Si j'estime (quand je sais en tout cas, parce que dès fois on ne sait pas) que certaines personnes pratiquent vraiment des dépassements vraiment importants, j'essaie de ne plus les adresser… voilà…

✓ ***Et vous les adressez…***

A quelqu'un d'autre.

- ✓ ***Est-ce que ça a enrichit… votre expérience de la PASS… ça a enrichit vos réseaux sociaux ou…?***

Non, non…c'est-à-dire que, nous, les médecins généralistes, on est tout seul dans notre coin, et c'est toujours très agréable de retrouver ce travail à plusieurs… ça c'est quelque chose qui me manque…

- ✓ ***Même en cabinet de groupe?***

Oui, même en cabinet de groupe...voilà…il y a cabinet de groupe et cabinet de groupe… nous, on s'entend bien… il y en a d'autre qui fonctionne beaucoup plus entre eux… et ça se passe…voilà...ils ont un travail plus intéressant où plus important...ici, nous, on s'entend bien, on arrive à travailler, surtout avec un des médecins… donc voilà...Mais voilà, là, c'est plus qu'un groupe de médecin là, c'est comme je disais tout à l'heure, il y avait l'assistante sociale, la psychologue, c'était super… mais voilà… c'est comme ça…après, en ce qui concerne le fonctionnement d'un cabinet de groupe, dans ces cas-là, ce serait un cabinet pluridisciplinaire, à ce moment-là, qui pourrait éventuellement changer les choses… bon, après, avec les côtés positifs et des cotés négatifs...Une grosse boite… voilà…

- ✓ ***Pour quelles raisons, d'après vous, la médecine de ville a-t-elle des difficultés d'accueillir des gens vivant dans la rue?***

Je ne sais pas… je pense… comme ça… c'est parce que les gens qui vivent dans la rue ne rentrent pas dans le cabinet du médecin. Ils se mettent un petit peu en dehors de tout, et voilà… ils ne franchissent pas la porte parce qu'ils n'ont pas envie de franchir la porte, comme ils sont sans doute...Pour un certain nombre…bon après, ils ont choisis un petit peu ce mode de vie, même pour un certains nombres… bon après, d'autres c'est un peu plus complexe, on est bien d'accord. En tout cas, pour un certain nombre, c'est parce qu'ils n'ont pas envie de franchir la porte, pour d'autre (c'est ce que j'évoquais tout a l'heure) c'est qu'ils n'osent plus franchir la porte… ça c'est deux choses bien différentes…je pense que les deux réponses...Voilà bon

- ✓ ***Tout à l'heure, quand vous parliez de votre patiente que vous avez retrouvée là-bas…***

Oui voilà ! Par exemple… mais elle n'était pas dans la rue celle-ci… mais pour ceux qui sont dans la rue, c'est des gens, pour un certains nombres, se marginalisent volontairement et puis d'autres c'est très dur, là, pour des raisons souvent familiales, professionnelles… voilà…

- ✓ ***Alors… Est-ce que vous avez une représentation, des idées, pour un cabinet de ville idéal et… ou alors, on peut dire aussi: quelle pratique de médecine générale permettrait d'accueillir le plus de monde possible et notamment...***

Et oui… justement cette ouverture facile de la porte ! Donc ça, ça correspond à une sorte de possibilité d'accueil des gens… peut être que justement, si il y avait, comme je disais tout à l'heure, si il y avait pas que des médecins, si il y avait d'autres para médicaux qui sont peut être un petit peu moins sur un piédestal, entre guillemet, ils auraient peut-être accès plus facilement… si il y avait une infirmière à coté, un psychologue, peut-être qu'ils franchiraient plus facilement la porte. Là, peut-être à ce moment-là, et par ce biais, là… hop! On pourrait les voir plus facilement…. Voilà… ça, c'est au niveau du cabinet. Bon, après… je peux

revenir sur quelque chose? Quand vous me disiez est ce que ça a changé quelque chose dans ma pratique, moi, personnellement, pour une question de situation géographique et d'histoire personnelle, je vois beaucoup les Compagnons d'EMMAÜS… puisqu'on a une grosse communauté à SAINT PIERRE LES ELBEUF, et comme je disais, comme ils sont multiples, je vois les Compagnons de manière tout à fait informelle, c'est à dire que les Compagnons voient les médecins qu'ils veulent ça c'est clair… mais une possibilité plus nette pour me voir moi, parce que je les vois plus, je me suis un peu arrangé avec leur président… avec leur responsable plus exactement… et ça, depuis des années… donc petit a petit, ça c'est fait progressivement et de manière totalement informelle… et je passe même chez eux comme ça, puis ils viennent me voir si ils veulent. Je ne suis pas du tout leur médecin, et ils vont voir bien sûr qui ils veulent… ça c'est vraiment de première importance… mais une facilité pour eux c'est à dire que quand j'y vais là bas, justement, quand vous parliez de pousser la porte, là, la porte elle est toute poussée, puisque j'y suis, et là ils viennent plus facilement… et j'ai vu des gens qui seraient jamais venus ici… ça c'est sûr… et pourtant aidé par le responsable, aidé par les autres Compagnons qui me connaissent ou qui connaissent d'autres médecins du coin… je crois pas qu'ils seraient venus, donc là, il y a une démarche, là carrément, d'aller vers eux… mais là, il y a une structure… donc après, quand on part sur des gens qui sont isolés dans la ville, là c'est bien plus difficile et puis, pour finir, je suis à SAINT PIERRE LES ELBEUF, je suis pas… voilà, ici c'est presque semi rural, c'est pavillonnaire… ça se passe plutôt bien ici… voilà… donc, ça change énormément les choses entre Rouen, Rouen centre, Rouen l'agglo un petit peu en périphérie, Elbeuf… tout ça, c'est différent… bien sûr là il y a un peu de la place pour tout le monde.

- ✓ ***Alors… Est-ce que, concernant ce sujet là, est ce que il y a quelque chose que n'a pas abordé ce questionnaire et que vous voudriez aborder?***

Sur la précarité ? ben là oui… non, ce que je viens de dire, quand on peut aller au devant, je pense que c'est la solution parce que...je me répète, mais je pense qu'un certain nombre de gens ne franchiront plus la porte ça c'est...la porte du médecin est à notre porte...soit parce que ils ont complètement décrochés, soit parce qu'ils ont des problèmes psychiatriques assez importants, voilà… faut savoir ça… soit parce qu'ils n'osent plus tout simplement, donc peut être, allez au-delà…bon après, on va pas mettre des étiquettes en disant...donc automatiquement les gens le savent qu'ils peuvent venir ici, bien sûr! Mais voilà, mon expérience, comme je dis, est celle d'une petite ville, ou c'est plutôt cool… faut être franc et donc, à mon avis ça doit beaucoup changer d'un endroit à un autre, et c'est vrai que vous imaginez bien… moi je fais mes visites, je vais manger à coté etc...Tout le coin, je le connais je vois celui qui est dehors, je les connais tous… ben… il y en a pas beaucoup pourtant, les villes, les endroits, les cages d'immeubles, tout ça, on les connaît… non honnêtement, il n'y a pas de personnes que je vois régulièrement dehors ici.

Annexe 1.4 : Entretien N°4 Docteur Judith

- ✓ ***Qu'est-ce qui vous a amené à travailler pour « médecins du monde »?***

A la fois l'envie d'avoir une action bénévole dans le domaine de la santé parce que ça correspondait à ma formation, donc en fait j'avais conscience d'avoir fait une formation intéressante et qui pouvait me permettre de gagner beaucoup d'argent mais je ressentais la nécessité que ce savoir que j'avais acquis grâce à mes parents, grâce à l'état, quelque part je pensais que j'avais un devoir moral de le rendre, sous forme aussi non payante. Voilà, que je ne pouvais pas faire seulement de ce savoir une activité lucrative pour moi. Besoin d'un exercice au service de l'autre. Alors ce que tu fais ensuite quand tu t'installes en médecine générale et aussi à l'hôpital d'ailleurs, mais j'avais besoin que se ne soit pas qu'une profession où tu gagnes ta vie et aussi je crois la rencontre avec les SDF. J'ai été très, très marquée par un voyage que j'ai fait à New York dans les années 90 je crois, juste avant d'arriver à Rouen. J'ai été très marquée par les homeless qui à ce moment-là étaient partout dans la ville. J'avais vraiment l'impression de deux mondes qui coexistaient, une vision très, très effrayante pour moi. Un monde très riche, un monde de délaissés complets qui vivaient sur les mêmes terres mais qui se voyaient pas à la limite. Ils coexistaient au même endroit et il y avait des centaines et des centaines de gens qui vivaient ….ça a été effrayant pour moi, moi qui venait de Paris, donc c'est pareil où il y en avait énormément, bon il y en a toujours mais plus qu'à Rouen. Des gens que je croisais dans mon quotidien qui sont dans une grande détresse, que tu voyais parce qu'ils étaient dehors. A New York le problème n'a pas été réglé mais parce qu'ils les ont cachés, donc tu n'y étais plus confronté. Je crois qu'il y avait vraiment cette envie d'avoir une action citoyenne, personnelle vis-à-vis de ces personnes qui étaient un peu des laissés pour compte.

- ✓ ***Cette expérience à MDM, puis Soins pour Tous après, à modifié quelque chose à votre pratique de ville?***

C'est difficile de le dire car en fait quand je me suis installée, je travaillais déjà à MDM. Je n'avais pas une pratique antérieure. Je remplaçais et ce n'est pas pareil quand tu travailles sur la clientèle de quelqu'un d'autre et sur ta clientèle. Je ne peux pas dire que ça à modifié ma pratique, je pense quand même que par rapport à d'autres médecins que j'ai pu rencontrer, que je peux connaître, j'ai une connaissance plus importante du réseau, des problématiques sociales, des démarches à faire, des possibilités d'aides, et que donc je vais certainement plus loin que d'autres dans les orientations sociales que je vais donner à mes patients, parce que je sais, parce que j'ai des connaissances. Alors après ça évolue, donc ce que je dis n'est pas forcément à jour, notamment en matière d'association. Certainement ça et par rapport à d'autres, j'ai une clientèle en grosse difficulté qui me fait moins peur. J'ai pas une réaction de rejet ou de crainte. Mais ceci dit, il est clair que ce sont des patients extrêmement compliqués à prendre en charge en médecine de ville. Pour un certain nombre de raisons, quand bien même t'es motivé, c'est compliqué.

- ✓ ***Est-ce que vous avez travaillez quelque chose sur l'accueil?***

Au niveau local, il y a une association qui s'appelle le CAPS à Petit-Quevilly qui fait de l'accompagnement des personnes en difficulté et il y avait une éducatrice que j'avais rencontrée sur un cas et donc on s'était mis à monter un espèce de réseau ce

qui m'amène à dire maintenant que quand il y a cet accompagnement-là, tu peux prendre en charge des patients que tu ne pourrais pas prendre en charge sinon. Parce qu'en fait elle faisait le relais. Alors on a fonctionné un peu dans les deux sens, c'est-à-dire, que elle m'amenait des patients qui avaient des difficultés à accéder au soignants parce qu'ils avaient peur, parce qu'ils s'en faisaient tout un monde, et après gérait l'après consultation, c'est-à-dire si il fallait aller voir un spécialiste, faire une prise de sang. Elle accompagnait le patient dans la démarche donc les choses étaient faites derrière et c'était plus rassurant pour le patient. C'est vrai que c'étaient des consultations que j'arrivais à repérer, pour lesquelles je pouvais bloquer un temps plus long. C'est beaucoup plus difficile quand t'as un patient qui arrives comme ça que tu n'as pas repéré, pour lequel tu as un quart d'heure, de faire tout ce travail, de prendre son temps, de pas l'examiner ce jour-là, s'il n'est pas prêt à être examiné, donc c'était beaucoup plus facile du fait que la personne arrivait accompagnée, donc un peu plus rassurée…un dialogue à trois au début qui permettait à la personne de prendre sa place au rythme où il le voulait, donc ça c'était très confortable pour le patient et très confortable aussi pour moi. Vraiment très confortable pour moi. Et j'ai fonctionné dans l'autre sens avec cette personne, c'est-à-dire quand je voyais que ma problématique était sociale ou quand je voyais que la problématique sociale était un frein pour résoudre le problème médical alors je l'appelais. Alors elle est partie maintenant mais on a fonctionné longtemps dans les deux sens et je me rappelle d'un grossesse découverte chez une gamine qui avait 15 ans à l'époque, bien après les dates d'IVG et qui se posait la question: accouchement sous X… et c'est vrai que tout cet accompagnement de cette très jeune femme a été fait par cette éducatrice, on a travaillé en commun, il lui restait 3 mois pour prendre sa décision… il y a eu un vrai travail qui a été fait… et elle a pu aller voir dans les maternité, aller voir à la pouponnière pour décider si elle allait garder son enfant et en ayant vraiment exploré toutes les possibilités, ce que toi tu peux pas faire

- ✓ ***Est-ce que vous avez eu des besoins de formation en particulier: clinique…?***

Psychiatrie et toxicomanie, j'ai eu des formations…pas mal en fait car je faisais partie du réseau Toxenville et j'étais bien là-dedans… clairement, dermatoses, j'ai toujours été nulle et je le suis toujours. J'ai traité des gales qui n'en sont pas et j'ai raté des gales qui en sont. Clairement j'aurai besoin d'une formation.

- ✓ ***Pour quelles raisons d'après vous la médecine de ville a du mal a accueillir les gens qui sont à la rue?***

Alors il y en a beaucoup à mon avis, moi j'en ai une première peut-être débile mais qui est néanmoins une réalité, j'ai une salle d'attente qui doit faire 8 m2 à tout casser, et donc avoir une maman ou deux mamans avec des gamins dans une salle d'attente comme ça avec un monsieur qui est dans la rue et qui est susceptible d'avoir des dermatoses, des conditions d'hygiène qui sont celles de la rue, c'est compliqué. Ça m'est arrivé de me retrouver dans des conditions comme ça, finalement t'es mal à l'aise pour tout le monde. Voilà, tu comprends aussi la crainte de la maman… tu as envie toi de dire que tout le monde à le droit d'être au même endroit. C'est pas aussi simple à imposer à tout le monde et en particulier, tu as le frein des secrétaires qui sont là en 1ère ligne et c'est probablement un manque de formation. C'est une patientèle difficile à gérer pour elles parce que c'est des patients qui peuvent arriver 4 heures avant l'heure du rendez-vous. S'installer dans la salle d'attente, faire du bruit, sortir …c'est compliqué pour elles parce que les autres patients vont se plaindre. C'est une

réalité comme ça de vie réelle…. Quotidienne…qui n'est pas facile. Après, l'autre frein en médecine libérale, c'est le temps à consacrer. Toi t'as une pression de la clientèle car même si toi t'aimerais prendre que 2 patients par heure, ben t'en prends 4, t'en prends 5 surtout en période d'épidémie parce que sinon t'es encore là à 10h du soir, donc c'est des patients qui nécessitent de prendre du temps parce que c'est pas simple, si tu veux les examiner c'est long. Voilà c'est un deuxième frein, on en revient à ce qu'on disait tout à l'heure: pour moi c'était plus facile quand c'était des consultations identifiées à l'avance et où finalement tu organisais le temps. Alors aussi, c'est des patients…t'en as un certain nombre, tu peux en gérer un certain nombre mais qui vont pas forcément venir quand ils ont rendez-vous ou qui vont venir quand ils n'ont pas rendez-vous. Assez régulièrement, donc ça aussi c'est compliqué à gérer. C'est tout à fait acceptable dans une vie idéale mais dans la réalité, quand tu viens d'accepter de prendre 2 gamins en plus, parce qu'ils ont 40° et que leur mère est inquiète, bah c'est plus compliqué. Tu ne vas pas forcément avoir la disponibilité à ce moment-là de gérer les choses les unes après les autres. L'énervement des gens qui attendent… Ce n'est pas si simple. Après l'autre difficulté c'est qu'est-ce qui va se passer après ma consultation? Parfois, tu fais un diagnostic, tu mets en place une conduite à tenir et tu n'as aucune certitude que ça va être suivi… Bon tu n'en as jamais... mais là encore moins… que les médicaments vont être pris, ne vont pas être volés, que les examens vont être faits… que le rendez-vous que tu vas avoir pris, va être honoré. Prendre le rendez-vous pour simplifier les démarches, s'il n'y va pas, quelque part, tu perds du crédit vis-à-vis de ton confrère que t'as sollicité. Si tu ne prends pas le rendez-vous toi-même, tu sais qu'il ne sera pas pris. C'est vrai que c'est pour ça que… l'idée d'un accompagnant en fait… moi j'avais pu le mettre en place empiriquement avec la nana du CAPS, ça a amené beaucoup de confort pour tout ça. J'étais sûre que quand la personne elle prenait rendez-vous elle venait. Quand t'es sûre que la personne va venir, tu bloques ¾ d'heure. C'est plus difficile quand t'as l'impression que la personne va venir et qu'après tu te fais une consultation de la mort, parce que là t'as bloqué ¾ d'heure, t'as pris des gamins en plus sur le temps de ta consultation en plus, si ça se trouve, il va arriver 2 heures après, donc pendant ¾ d'heure tu vas rien avoir fait, après tu vas te retrouver avec les 2 gamins que tu vas avoir pris en plus, il va venir avec 1 heure ½ de retard. C'est ça aussi qui rend la gestion compliquée. C'est vrai que moi j'avais vraiment trouvé que cet accompagnement à tout point de vue, c'était…visiblement…c'était très très facile…alors c'est marrant parce que ce sont des gens dont je suis devenue médecin traitant… c'est-à-dire que parfois c'était une demande d'aide ponctuelle, quelqu'un qu'était pris en charge socialement et qui avait un problème médical intercurrent, et c'est des gens que j'ai suivi après dans la durée. Ils sont venus me voir tout seul ou ils ont pu m'amener leurs enfants, euh tu vois si les enfants étaient après…voilà: qui sont devenus des patients comme les autres, avec des rendez-vous comme les autres et qui venaient à leur rendez-vous… bon avec des rendez-vous ratés et puis des retards mais gérables… enfin voilà.

- ✓ ***Est-ce que ça vous a donné une représentation d'un cabinet de ville idéal, permettant d'accueillir un public le plus large possible?***

Alors moi ce que je trouvais bien dans cette solution qu'on avait mis en place, c'est qu'en même temps que… alors peut-être pas pour les SDF mais pour les gens en grande précarité dans les quartiers et il y en a…le fait d'aller au même médecin que les autres gens de l'immeuble, quelque part, c'est une forme d'insertion, et aller au dispensaire, c'est pas que c'est stigmatisant mais quelque part il se passait aussi des choses

dans la salle d'attente entre les mères qui parlaient et ces femmes-là, je pense à 2 femmes qui se sont mis à venir au cabinet, c'était aussi une forme de normalité quoi. Voilà donc, en plus un dispensaire tu vas le faire à un endroit, tu vas pas faire…enfin avant qu'on ait des dispensaires dans tous les quartiers de la ville, donc quelque part aussi la population qui pourrait justifier ou bénéficier en tout cas de soins de dispensaires, euh, t'en as sur toute la ville…t'en as peut-être plus dans certains quartiers mais t'en as dans tous les quartiers, donc ça voudrait dire que certaines personnes pour se faire soigner doivent prendre le métro et traverser la ville donc tu recréés un frein quoi. Donc c'est pour ça, pour moi, l'idée, c'est plutôt d'aider les gens c'est à dire des structures d'accompagnement, parce que je pense qu'il n'y a pas seulement l'accompagnement médical qui pose problème mais que dans l'accompagnement il faut qu'il y ait l'accompagnement médical mais il peut y avoir d'autres choses, l'accompagnement culturel, l'accompagnement social et qu'après tu dois pouvoir accéder…tu dois pouvoir au maximum accéder à la même médecine que tout le monde qui en France est sur le modèle du libéral pour la médecine de premier recours. Alors après, est-ce qu'il faut une maison médicale particulière avec certains type de soignants, ben oui tu te dis que se serait bien, une pédicure, une dermato, une infirmière, qu'il y ait tout parce que finalement ce sera plus simple et quelque part aller à la Maison médicale n'est plus un problème pour voir son généraliste, ce sera pas non plus un problème pour aller voir l'infirmière pour faire faire une prise de sang, ni voir un kiné parce que c'est la porte à côté et que du coup en même temps tu leur ouvres l'accès au généraliste, tu leur ouvres l'accès à tout ce qui est dans la Maison médicale parce que la 2ème démarche sera beaucoup plus facile mais bon ça, c'est après la réflexion sur la Maison médicale plus que sur cette population-là quoi. Je ne sais pas s'il est là le problème?

Pour moi c'est surtout un problème… alors oui si… l'idéal c'est les acteurs sociaux à côté… alors effectivement… l'assistante sociale qui va pouvoir régler les histoires de papiers, le logement derrière s'il faut un hébergement d'urgence parce qu'il y a une pathologie qui nécessite un hébergement d'urgence… ça oui bien sûr, mais… ben oui c'est bien là qu'il y en a besoin, mais ils n'ont pas besoin d'avoir quelqu'un à côté s'ils ont un accompagnant.

- ✓ ***Vous parliez de médecine libérale: le paiement à l'acte, est-ce que ça peut être un des frein à l'accès aux soins ou pas?***

Alors… parmi les gens les plus précaires, en règle général les gens ont droit à la CMU après c'est un problème de papiers en règle générale plus que de droits. C'est plus un problème d'ouverture de droits que de droits, donc tu mets tes feuilles de côté en attendant que le droit soit résolu… après ils envoient tes feuilles et s'ils le font pas ben tu s'assoient dessus… j'pense que pour un certain nombre de soignants c'est un problème parce qu'il parait qu'il y a un certain nombre de soignants qui ne reçoivent pas les gens avec la CMU. Tu peux imaginer qu'effectivement ce soit un frein… pour moi elle n'est pas là la difficulté… je ne peux pas te répondre autre chose... Je peux imaginer pour certain qu'elle soit là, pour moi elle n'est pas là… C'qui m'agace plus parfois c'est d'avoir la conscience de faire, j'ai envie de te dire, un acte de merde parce que je ne suis pas dans les conditions pour faire un acte correct et que ce serait un autre patient avec la même pathologie, je n'aurai pas fait un acte de merde, parce que je ne peux pas le recevoir correctement, parce qu'il n'est pas venu à l'heure, et que machin et que tout, et que je suis bien obligée de gérer mon temps, que pas me faire payer, c'est pas ça qui va me rendre pas bien après la consultation, ce n'est pas de pas avoir été payer, c'est

d'avoir conscience à un moment donné de pas avoir reçu au mieux de ce que je pouvais une personne, parce que les conditions sont pas là pour le faire correctement. Alors après, c'est sûr que le dispensaire ça doit faciliter les soins, d'ailleurs à MDM les gens venaient. Le problème, c'est après de quitter le dispensaire. C'est un lieu rassurant parce que c'est un peu comme la Chaloupe, c'est un lieu connu où on peut venir chercher autre chose que le soin, enfin on le voit avec le public du Bus, Maman bobo quoi, occupez vous de moi et… enfin… et après, tout dépend de ce que tu cites par précaires. Si c'est sans domicile fixe t'as vraiment une problématique de sans domicile fixe qu'est pas la même que certains précaires qui ont un domicile qui sont autant dans la précarité d'un point de vue financier mais qui ont un domicile… là aussi l'important c'est de rester dans les circuits les plus normaux, de pas aggraver tout ce qui est marginalisation, de continuer à aller au médecin du quartier, de rester le plus possible dans une démarche commune.

✓ ***Est-ce qu'ils n'ont pas les mêmes problématiques? Est-ce qu'ils ne rencontrent pas les mêmes difficultés que les gens qui sont dans la rue?***

Alors certainement pour un certain nombre, mais je pense que tu as… Et c'est ceux-là qui ont besoin d'un accompagnement. Si tu as une dégradation importante de ton état physique, une alcoolisation importante, voilà, ceux-là ils vont avoir la même démarche, la même difficulté à faire la démarche de venir au cabinet. C'est ces patients-là qui ont besoin d'une aide mais ils n'iront pas plus au dispensaire je pense. J'suis pas sûre parce que souvent ils sont...ce sont des gens qui sont repliés sur eux-mêmes,… avant la phase de basculement dans la rue… enfin moi j'en vois très souvent avec des problématiques d'alcool…euh…c'est surtout ne pas me prendre en charge presque… Je ne suis pas sûre que ces gens-là iront plus facilement à un dispensaire que voir un médecin soit parce qu'ils l'auront connu, soit parce qu'ont leur aura dit: oh bah tu connais pas docteur Machin, va le voir, c'est le médecin de ma mère, il est bien, tout ce genre de truc,… que d'aller voir quelqu'un d'anonyme dans un lieu anonyme, pas forcément près, et qui pour le coup sera aussi stigmatisant. C'est-à-dire quelque part, comment dirai-je ce sera comme une prévision de l'après, quoi.

✓ ***Une prévision de l'après ?***

Pour la personne qui a encore un domicile, qu'est en train de se casser la gueule à fond les ballons, aller au dispensaire, c'est aussi presque de dire… ouais j'en suis là ! Voilà ce qui m'attend. Ceci dit pour moi la qualité du dispensaire c'est que les gens ont accès à des médecins formés parce qu'ils sont là pour accueillir un type de population susceptible d'avoir des pathologies particulières, donc ils seront formés à ces pathologies, on n'est pas tous formés de la même façon en ville, on a tous des centres d'intérêt, et qui à priori seront plus disponibles quand il y aura besoin de prendre du temps. Est ce que t'auras la possibilité de mettre en place un suivi mieux dans un dispensaire que dans un cabinet de ville si t'as pas un accompagnement? Moi je suis pas sûre.

D'autant plus si ce n'est pas toujours le même médecin.

✓ ***Est-ce qu'il y a des choses dont on n'a pas parlé et que vous voudriez ajouter ?***

On n'a pas du tout parlé de prévention. C'est vrai que l'objectif c'est de pouvoir en faire avec ces patients comme avec les autres et à mon avis ça sous-entend d'avoir lié une

relation de confiance avec le patient. Au début sa demande elle n'est pas dans la prévention, elle est dans le soin mais si tu arrives à établir une relation de confiance et à régler le problème aigu qu'est la cause de la consultation, c'est une population pour laquelle il est particulièrement important de pouvoir accéder à de la prévention. La question c'est le rôle, les mesures de santé publique…

- ✓ ***Et du point de vue du généraliste?***

Ben je repense à un truc que j'ai toujours trouvé extrêmement frappant à «Soins pour Tous», c'est qu'ils avaient tous un médecin traitant quand tu les questionnais, alors peut-être mythique mais ils avaient tous un nom de médecin traitant à me donner. Je pense que c'est important un médecin traitant, pour tout le monde et pour ces patients là aussi. Moi ça m'a toujours marqué. Alors ils ne le voyaient jamais, ils ne pouvaient jamais aller au cabinet parce que l'heure de ses consultations, c'est pas la bonne, mais ils avaient tous un médecin traitant dont ils te parlaient en disant: faudra que j'en parle au docteur Machin, qu'ils n'allaient pas voir. Ils venaient te voir toi au camion parce que t'étais là… mais il y avait une référence quasi constante au médecin traitant un peu idyllique qu'ils ne pouvaient pas voir mais c'était important. Et puis il y a l'hôpital… Et la PASS quand elle existe…

La PASS c'est un petit peu particulier parce qu'en général la PASS, c'est dans un hôpital le plus souvent. Ce n'est pas le dispensaire de quartier. Donc c'est vrai que pour un certain nombre de patients, c'est peut-être la seule façon de consulter mais à mon avis ça ne peut être que du transitoire. C'est pas sur une PASS que tu peux envisager… l'objectif de la PASS ça doit être de régler les problèmes aigus qui peuvent être de santé ou sociaux et d'essayer de réorienter le patient vers la médecine générale conventionnelle.

Annexe 1.5: Entretien N°5 Docteur Jean

- ✓ ***Qu'est-ce qui vous a amené à travailler pour ce public ?***

Trois voies m'ont conduit là. En tant que généraliste sur les hauts de Rouen, j'ai été amené à être le médecin du travail d'une association qui s'appelle Interm'aide emploi, qui s'occupe d'insertion des gens par le biais du travail. Ils leur fallait un médecin du travail, donc ils m'ont demandé de faire se rôle là en tant que…et je me suis déjà rendu compte d'une chose toute simple, j'ai essayé d'organiser la médecine du travail pour ces patients-là qui ne sont pas mes patients mais ils ont comme médecins traitants d'autres généralistes….je vais m'organiser comme à mon cabinet…… Je vais consacrer un après-midi le mardi et il avait un rendez-vous. Un patient toutes les ½ heure. Au début, je ne prenais que 5 patients et je me suis rendu compte vite fait que : on venait, on ne venait pas, on se trompait d'heure…une pagaille complète.

Donc il a fallu réorganiser avec Interm'aide emploi, qu'il fallait presque aller chercher les gens par la main, donc ça c'était une petite expérience. Après, il y a eu celle des urgences du CHU où là bien sûr nous recevons beaucoup de gens dans la précarité et Madame Bigot me demandait souvent d'examiner les patients et je me rends compte quand j'interrogeais ces patients que ….on voit leur mode de vies mais même…on fait une ordonnance, ils peuvent acheter…il faut un système de soin presque parallèle, organisé totalement différemment pour qu'ils puissent être soignés. Bien souvent, ils viennent aux urgences, c'est pour avoir un repas, comme je dis le meilleur traitement c'est d'avoir le ventre plein. Mais des fois aussi, ils ont des pathologies lourdes, des blessures, des choses lourdes mais ces gens là ne vont pas chez un généraliste. Ils viennent aux urgences parce que je pense que c'est un point de référence pour eux sûrement, et puis l'organisation fait que, ils savent que là bas ils peuvent avoir accès à plusieurs choses, donc ça c'était la 2ème et puis la 3ème, c'est …j'ai été confronté à la précarité, alors surtout psychiatrique avec l'UMAPP.

Comme j'étais à l'époque un élu, j'ai participé avec les médecins, mes confrères de l'hôpital psychiatrique, à l'élaboration de ce projet. Voilà mes trois rencontres avec la précarité quoi.

Du moins sur le plan professionnel. Sur le plan de ma propre vie, ça a été beaucoup plus tôt à une époque.

- ✓ ***Est-ce que ces expériences-là ont modifié votre pratique de ville?***

Pas du tout. Faut que je sois franc, ça n'a rien changé ici. Pourquoi ça n'a rien changé ici ? D'abord je ne me suis même pas posé la question. Alors, je reçois souvent des gens dans la précarité ici, adressés par MDM mais ce n'est pas la même précarité, c'est une précarité je dirais beaucoup administrative, beaucoup de sans-papiers qui n'ont même pas de médecins de référence, ils sont un peu clandestins grosso modo…et donc avec MDM la politique c'est une chose, la médecine, c'est une autre. Nous on est médecins, nous les frontières on ne les connait pas. On reçoit nos patients et donc…c'est une précarité mais ce n'est pas la même que la précarité de quelqu'un qui peut avoir …comme on peut rencontrer parfois à l'hôpital, si on prend le clochard en lui-même, on est dans le trouble psychiatrique complet. Alors que là j'ai des gens qui sont parfois des réfugiés politiques avec un intellect, donc la chose se

gère totalement différemment. C'est vrai que pour le clochard, il viendrait à mon cabinet, on ne le foutrait pas dehors mais rien n'est prévu pour lui. Et c'est vrai que si on analyse bien, je vois aux Urgences du CHU, quand on a un clochard dans une pièce on le met tout seul à cause des odeurs, ne serait-ce que cela. Dans un cabinet médical de ville, la salle d'attente est condamnée pendant 24 à 48 heures. J'ai beau mettre des trucs…ça nécessite de réorganiser tout. Mais c'est faisable hein. Mais faudrait changer la structure de la médecine. Moi je pense que la médecine payée à l'acte, comme on a actuellement, n'a plus de raison d'être. Je trouve qu'on est tellement peu nombreux qu'il va falloir nous dispatcher aux points stratégiques, chaque endroit où il y a des lieux de vie. On ne va pas tous s'installer à 50 mètres du CHU. Il y a la campagne, les banlieues, y a tout ça..donc faire des structures de Maisons médicales comme j'avais proposé au Conseil Général car on a le Conseil général qui a une structure médicale à 50 m. Alors, j'avais proposé de regrouper même si je suis libéral, qu'est-ce que ça change…On peut être sous le même toit…J'avais assistante sociale, j'avais tout sur place et peut-être que là on peut gérer très différemment et un patient qui vient et qui n'a pas de médecin traitant est beaucoup long à gérer que le patient que l'on connait depuis 30 ans. Donc, il faut changer la structure des cabinets médicaux mais ne plus avoir un statut libéral à mon avis. Et c'est pour ça que si on faisait des points de référence aux urgences comme c'est actuellement, alors est-ce qu'il faut qu'on pense comme nous médecins ou le médecin doit penser comme les patients. Si actuellement les patients en précarité ont comme lieu de référence le CHU ce qui me semble évident, c'est qu' ils n'ont rien à avancer financièrement. Certains s'ils ont la CMU, s'ils viennent ici, ils ne payent pas. Ils ne savent pas ça, ils se disent : il va me demander de l'argent…Donc le CHU, ils ne payent pas, ils ont souvent de quoi être nettoyés, lavés…il y a un système social hors pair au Chu, il faut quand même reconnaître Madame Bigot, pour moi il n'y a jamais eu de soucis en 20 ans avec elle. Il y a aussi de quoi les loger, ils peuvent passer la nuit. C'est quand même beaucoup d'atouts que n'a pas un cabinet médical. Jusqu'à un soir, quelqu'un qu'est venu là, il faisait froid et il s'était réfugié là. Mais qu'est-ce que je fais moi, je ferme le soir. Je n'allais pas le laisser enfermer dans le cabinet le nuit …ça aurait peut-être été considéré comme humain mais c'est peut-être dangereux pour le reste du cabinet… ou il l'a enfermé dans le cabinet, c'est pas humain non plus. Je l'ai pris en voiture et je l'ai descendu au CHU. Pour moi médecin, la référence a été le CHU aussi, vous voyez. C'est pour ça que j'étais partisan de créer une consultation avec l'UMAS au CHU, ça, ça me semble …je ne suis plus, je n'appartiens plus au CHU depuis le 1er janvier j'ai donné ma démission, car je ne sers plus à rien effectivement là-bas. Ce n'est pas ma conception de l'accueil et de l'urgence qu'il y a actuellement.

- ✓ ***Justement, au niveau de l'accueil au cabinet, pour cette population qui a des difficultés d'accès aux soins, est-ce que c'est possible et comment?***

Tout dépend comment est la personne, c'est vrai que ces patients qui ont des troubles psychiatriques, c'est très dur. Quand j'étais jeune médecin, c'était faisable, j'avais du temps. Aujourd'hui le critère, c'est le temps. Quand on doit voit une cinquantaine de patient dans une journée, c'est 14, 15 heures de boulot. Alors comment consacrer du temps…quelqu'un qu'est dans la précarité, y' a les soins médicaux mais il y a aussi les soins sociaux qu'il faut lui accorder. Si moi je lui fais une très belle ordonnance et que lui il ne peut pas aller l'acheter... Et puis, j'ai remarqué aussi, ces patients-là, il faut les prendre un peu pas la main. D'ailleurs, il y avait 2 éducateurs au CHU, c'est pas pour rien. Si on les laisse avec une ordonnance dans les mains, on ne va pas avancer…il y a une inertie. Alors nous en

ville, nos structures ne sont pas du tout adaptées. Ça j'en reste persuadé, ça fera fuir sûrement les autres patients, et ça aussi c'est une question qu'il faut se poser…parce qu'il y a les odeurs, le bruit, l'agressivité aussi…c'est vrai que parfois on les regarde comme des bêtes curieuses …eux-mêmes se sentent agressés par cela. Donc, je pense, il y a toute une éducation, …j'ai des patients qui ont le SIDA, des tâches comme ça sur la peau…ils n'osent pas venir en consultation. Ils préfèrent le dernier rendez-vous du soir. Justement, ils savent qu'ils sont différent et eux peut-être qu'ils ont la même réaction. On les repousse et quelque part, se sentant rejetés, ils deviennent agressifs. Dans un cabinet de ville, dans la structure actuelle, ça ne passe pas, par contre, ça peut passer dans un 2ème type de structure. Et ça je l'ai un petit peu ici. Mais dans un type de structure d'un cabinet de type libéral, ce type de consultation ne peut pas passer. A la fois, parce que le médecin n'est pas prêt, le secrétariat n'est pas prêt, les locaux ne sont pas prêts, et les patients habitués du cabinet ne sont pas prêts à accueillir ce type de patient. Voilà. Pour moi, c'est les critères, mais ça ne veut pas dire que ce n'est pas faisable. C'est une question de bonne volonté. On pourrait le faire exceptionnellement, on a un clochard à côté du cabinet, il fait un malaise, on peut pas dire non, on l'accueille. Mais ça ne peut pas être une consultation de médecin de famille. C'est une consultation de l'urgence du moment qui souvent va se terminer par un VSAB via le CHU parce que …on sait pas quoi faire en fin de compte. Ça va se terminer comme ça, on a ni son dossier, ni rien, ça ne peut pas être une consultation de suivi régulier dans la structure actuelle.

- ✓ ***Au niveau clinique, est-ce que ça a suscité des envies de formations particulières?***

Non. Pourquoi? Parce qu'ici dans mon quartier, la toxicomanie c'est tous les jours. Donc, on avait cette formation-là. La formation sociale, je l'ai eue indirectement au cours de mon séjour parmi les politiques, c'est là qu'on voit d'ailleurs les biais du social, c'est trop complexe, pour eux hein, faut quelqu'un qui les gère à leur place. J'ai eu des formations comme ça. Au CHU, on s'est formé un peu…au CHU en plus en tant qu'attaché, moi j'avais pas le droit à la formation continue….ça peut paraître curieux…En ville, on paye mais on a pas beaucoup de formations qui nous propose …on a beaucoup le diabète, des choses comme ça. On a développé à l'Université, la formation à la Pathologie des migrants mais on n'a pas fait la pathologie de la Précarité. On sait quand on va à l'hôpital et qu'on regarde leur peau, on sait que la dermato est déjà un point important. Et même je me souviens quand l'étais jeune médecin, on disait toujours, c'était à l'hôpital du Havre et je faisais des gardes, oui …il faut pas trop les laver la première fois, ils tombent malades.

- ✓ ***Au niveau du travail en réseau, est-ce que ça vous a donné l'occasion de développer un réseau particulier?***

Disons que j'ai la liste de ceux qui ne prennent pas de dépassement, mes amis à qui je téléphone, pour une simple raison c'est que déjà ici, moi ben, la CMU représente plus de 50%. Déjà si on a la CMU, ce n'est pas pour avoir des dépassements. J'ai la chance d'avoir un CHU qui prend pas de dépassement, heureusement et j'ai des bon médecins, ça aussi ça aide et puis bien sûr …et puis j'ai même des dermatos qui me font des consultations gratuites …bah quand j'ai des gens qui sont clandestins…on va pas leur faire payer quoi ce soit, ils ont déjà pas de monnaie, donc on se débrouille, système D…du point de vue des médecins qui jouent le jeu, ça je l'avais. Après moi, je n'ai rien créé, j'ai profité de ce qui existe, j'ai eu la chance en 1980 de rencontrer une jeune et mignonne assistante sociale, c'est Madame Bigot. On

a vieilli tout les deux ensemble, en fin de compte et on est toujours resté en lien et combien de fois…Par exemple des gens venant d'Algérie à qui on a pu sauver une jambe parce qu'on voulait l'amputer en Algérie et on lui a sauvée grâce au réseau des médecins qu'elle avait, donc j'ai toujours utilisé ces réseaux, avec MDM, l'hôpital, je travaille beaucoup avec elle, quand j'ai un soucis je l'appelle, elle me donne toujours son opinion parce que des fois on monte des dossiers et c'est pas faisable. Elle connait bien tous les rouages, je n'ai rien monté, j'ai toujours utilisé parce qu'il y a plein de choses qui existent. Le problème c'est qu'on ne les connait pas. Par exemple, le Carrefour des solidarités, y'a plein de choses, tout le monde connais le nom, rue des Augustins, on y passe tous devant quand on va faire notre marché le dimanche mais personne n'est rentré à l'intérieur et je pense qu'il faudrait qu'on connaisse mieux les réseaux. Si chaque médecin reste dans son coin, on risque d'avoir une multitude d'énergie qui se disperse. Moi, je suis pratique, j'utilise ce qui existe. Donc Madame Bigot est ma référence avec MDM rue d'Elbeuf. D'ailleurs quand j'ai des lecteurs de glycémie en trop, je leur donne, je leur file le matos, qu'ils puissent travailler aussi, et puis eux quand ils m'envoient quelqu'un, j'vais dans ma réserve, on se débrouille, avec Madame Bigot pareil. Les assistantes sociales du quartier le savent aussi. Des fois on a des problèmes, elles viennent avec le patient, on gère ici, toujours à cette heure-là, le mardi, comme je ne vais plus au CHU, je vais être encore plus libre. C'est à mon grand regret que je ne vais plus au CHU, J'y suis rentré, j'avais 20 ans et je suis jamais ressorti mais là ils m'ont écœuré …Pour la précarité c'était pas leur problème…En plus on m'a interdit la filière que j'avais aux Urgences, on me reprochait que mes patients descendaient et souvent je faisais au CHU, ce qu'en ville, je pouvais pas faire. Donc, c'étaient des patients en précarité, des patients sans papiers…faire quelques examens de façon ciblés…le dernier en date, c'est un patient d'Afrique qui était soigné pour un cancer de prostate…je l'ai examiné ici …c'est cancer de prostate, qu'il me dit…Mais j'avais des doutes, moi j'suis un médecin de famille, j'suis pas un spécialiste du cancer de prostate. Je l'ai fait descendre au CHU, il est rentré dans la salle des urgences en ma compagnie on ne lui a pas demandé ses papiers…Non il en a pas…Je lui ai dit vous arrêtez le traitement qu'on vous file là-bas...Au Congo, on est en train de vous escroquer, de vous soutirer de l'argent au maximum…C'était écrit en toutes lettres pour la bonne gestion du service que….ils ont tournés la phrase…que les médecins ne devaient pas faire examiner leur clientèle privée dans le CHU. Comme y a que moi qui en avait, j'ai compris…j'ai compris …j'ai peut-être vieilli, j'suis plus dans l'coup…j'ai encore des vieilles méthodes, elles ont fait leur temps, elles ont fait leur preuves…c'est vrai que là, j'ai perdu une partie qui me permettait…et les personnes y venaient avec confiance puisque c'est ma tête qu'ils voyaient et puis l'argent, quand les patients payaient, ceux qui payaient …autrement on ne faisait pas de feuille…un hôpital peut se permettre de faire des consultations à l'as quand même…quand on voit l'argent qui rentre…et pis les autres qu'avaient la CMU, ils payaient quand même… Moi je touchais rien!…Pas d'intéressement de rien du tout à faire ça mais c'était pratique, parce que…Pour des douleurs de ventre, ils n'osaient pas venir à l'hôpital mais comme c'était ma tête, ils voulaient bien venir…C'est ça aussi la précarité, le médecin doit être un pôle de référence quelque part…Parce que s'ils nous connaissent, ils nous agressent jamais…je peux travailler dans le quartier jusqu'à 11h du soir, la porte est ouverte, je contrôle pas qui y rentre…toi tu rentrais, on t'as pas contrôlé mais bon…ça aussi c'est important…La relation patient-médecin est importante quelque soit le niveau social que ce soit PDG, un député ou le clochard dans l'état le plus triste possible …s'il reconnait un référent, il

reconnait un référent hein..

- ✓ ***Est-ce qu'il y a d'autres difficultés?***

La pathologie qui nous est présentée, nous est étrangère…il faut une formation, mais ça c'est pas encore le pire parce que si on a un peu de jugeote, on peut déblayer le terrain …quand on sait pas, on demande l'avis à quelqu'un d'autre …si je savais toute la médecine, je serais un dictionnaire, je ne serais pas un médecin…alors déjà nous on ne va pas chercher les gens, c'est l'humain, c'est créé pour ça, il faut aller au-devant…c'est un point essentiel, moi je pense que dans la précarité, ce sont des gens qui souvent ne vont pas au-devant des soins…Il faut aller les chercher…Regardes tous les systèmes, SAMU social, ils sont où? Pas dans une pièce, ils sont dans la rue…Notre cabinet est hors la rue, donc tant que ce n'est pas un centre de référence, ils ne viennent pas …le jour où ça deviendra un centre de référence, ils viendront les gens, je pense… mais il faut que dans leur esprit, il y ait déjà la notion qu'il faille aller à cet endroit-là…donc ils ne peuvent venir chez nous qu'accompagné d'un travailleur social ou de quelqu'un d'autre, travailleur social au sens large, qu'il soit professionnel ou bénévole …Autrement je vois pas comment ils viendraient alors qu'ils vont au CHU d'eux-mêmes, enfin en partie parce que la plupart du temps c'est les pompiers qui les amènent. Donc déjà pour un cabinet de ville, pour venir chez nous, il faut déjà que ça leur viennent à l'esprit ou qu'ils soient accompagnés…alors faut…ne pas les mettre dans la même salle d'attente, c'est une ségrégation sociale …est-ce que c'est humain? Non. Mais c'est humain aussi qu'ils ne soient pas dévisagés comme une bête curieuse. Il y a là une question d'éthique médicale presque.

- ✓ ***Alors justement, avez-vous une conception idéale du cabinet de ville?***

Je ne l'appellerais pas cabinet de ville. Je suis un nostalgique du dispensaire. …On a formé un groupe qu'on a appelé qualité, de tous les médecins du plateau, de toute la Grand-Marre, …Sapins et Bihorel. Nous sommes sur la même patientèle en fin de compte. On se réunit une fois par mois pour voir comment chacun traite un sujet..Alors pourquoi pas décider qu'au mois de juin, traiter le sujet du patient en précarité, comment on fait…on peut très bien imaginer ça parce que chacun travaille dans son coin et on met tout en commun pour en dégager une idée générale qui va servir de référence. Ça prend un peu de temps, parce qu'on travaille au même endroit, on voit les mêmes gens, …réactions…pour qu'on ait une attitude un peu commune …voir ce qui est utile, inutile en fonction de ce qui est préconisé par nos grands pontes …on s'aperçoit qu'il y a parfois une divergence …moi j'imaginerais bien un cabinet médical, une sorte de dispensaire où chaque médecin du quartier ferait une vacation …mais c'est encore les mettre en dehors du cabinet médical…mais est-ce qu'il ne faut pas dans ce cas dire, plus de cabinet médical, on fait une grande Maison médicale et qui sert à tout le monde, qu'il soit PDG ou clochard.

- ✓ ***Il faut organiser du coup parce qu'on retrouverait les mêmes soucis de salle d'attente par exemple.***

Pas tout à fait, parce que là on pourrait s'organiser totalement différemment. Je ne vois un clochard par exemple, je prends l'exemple du clochard parce que c'est ce qui me marque le mieux mais je sais que la précarité touche beaucoup plus de gens, y' en a sûrement sur le plateau que je ne sais même pas et je passe devant tous les jours. C'est des gens qui ne vont plus aux soins parce qu'il n'y a plus rien, mais ça ici je me fâche quand c'est comme

ça...parce que mes patients quand ils ont pas de sous et qu'ils ne viennent pas, c'est qu'ils n'ont rien compris à la relation qu'on avait tous les deux. Alors des fois je les engueule…Encore hier…

- ✓ ***Donc le cabinet idéal?***

C'est un cabinet dont il faut changer complètement la structure. Je vais parler d'un cabinet médical où il n'y aurait que des généralistes pas de spécialistes pour l'instant…je pense qu'aujourd'hui pour le médecin de famille qui va être amené à suivre pendant un certain laps de temps un individu donc …on gère de plus en plus du social, c'est nous qui remplissons les papiers, la paperasse, tout ça. Dans un cabinet idéal, il est aujourd'hui indispensable d'avoir d'autres acteurs que le généraliste et notamment une assistante sociale. Dans un quartier comme le nôtre, c'est indispensable. Parce que les médecins vont être peu nombreux, donc on aura plus le temps de faire de la médecine, avec du social en prime on ne s'en sort plus du tout. Et c'est comme ça que les médecins sont écœurés de leur métier et vont faire autre chose, donc je pense que si on veut rendre le métier agréable, c'est travailler en groupe. Etre tout seul, c'est fini. L'assistante sociale me semble indispensable, et si on veut toucher les gens dans la précarité, il faut développer un autre acteur du cabinet médical- en dehors du secrétariat qui est très important parce que les gens ne voient pas en premier notre tête mais celle de notre secrétaire et si la secrétaire est bonne le médecin y sera bon, et l'inverse, si la secrétaire est mauvaise, il y aura une difficulté pour la consultation qui va suivre- il faut créer un corps…le mot éducateur est bien …est peut-être dur…un corps social adapté à la précarité parce que comme ils ne viennent pas au cabinet, il faut aller les chercher chez eux. Soit le médecin va au domicile faire les visites, est-ce qu'il va ouvrir la porte ? Le problème est tellement complexe que un médecin tout seul, il ne s'en sortira pas. Je dirais presque que pour faire une consultation traditionnelle, il faudrait 3 ou 4 pour résoudre tous les problèmes un par un. Donc, il serait peut-être intéressant qu' on ait une sorte de chauffeur. Comme on a quand on fait nos gardes, avec juste un permis de conduire, y a pas besoin d'être médecin ou assistante sociale...du moment qu'il sait où il faut aller chercher les gens et ce gars là doit avoir aussi le sens du contact. Parce que si on a un pitbull ça sert à rien. Quelqu'un qui a le sens du contact, l'idéal serait presque un ancien SDF, parce qu'il connait, celui là on va pas le berner...qui puisse avec l'assistante sociale de quartier, qui puisse dire là y a une famille qui a des soucis. Comme ils ne viennent pas, on irait les chercher, on les amènerait au cabinet avec l'assistante sociale qui serait là, il passerait d'un bureau à l'autre, peut-être que dans une après-midi, on pourrait résoudre un tas de choses, mais il faut que ça sorte…par exemple, dans une après-midi où je ne consulte pas, on pourrait très bien imaginer une consultation où il n'y a plus de critères temps, mais une consultation d'équipe. On pourrait se mettre à plusieurs autour d'une table, au lieu de mettre une table comme ça, on mettrait une table ronde. Le patient serait autour de la table ronde également, on lui poserait des questions, et puis la partie médicale bien sûr vient, on est dans un cabinet médical et puis on retournerait à la table ronde. C'est tout à fait faisable. C'est un peu utopiste mais pourquoi pas?

- ✓ ***Ce serait un dispensaire?***

Le dispensaire à mon avis est là, il existe partout, les CMP…Si on regarde bien, il y a les CMP, y a les PMI, ici nous avons des PMI de gynéco…on ne va pas en créer un 3ème! Il faut regrouper tout ça. Pourquoi qu'on ne serait pas sous le même

toit ! Le patient psychiatrique, il est en état de précarité bien souvent, il a l'AAH et même quand ils ne l'ont pas, je vois: quand ils voient un médecin qui leur distribue du Tranxene* etc…ça suffit pas pour ces patients, si à côté ils ne peuvent pas manger ni rien, il faut aussi qu'ils aient un suivi. Alors l'hôpital psychiatrique de St Etienne, prend souvent le patient dans sa globalité. Ça c'est pas mal moi je trouve, un peu comme un généraliste, nous on n'est pas des médecins d'organes. Pourquoi qu'on serait pas sous le toit, qu'il ne passerait par la même porte ?…Parce que quelqu'un qui a une dépression, quelqu'un qui a un problème de peau ou que quelqu'un …tu ne sais même pas ce qu'il a quoi ! Les locaux de la PMI sont ouverts ici, deux après-midis la semaine. On a un local qui a coûté plus de 200 briques. Pourquoi deux après-midi ? Parce que le médecin de la PMI ne vient que deux après-midis. Le reste du temps, c'est fermé. Alors des fois y a des parents qui n'ont pas de sous alors qu'est-ce qu'ils font ? Ils vont à la PMI. Voilà. Ils me téléphonent pour voir si je ne peux pas le voir [leur enfant]. Alors autant être sous le même toit. Moi, ça me semble une évidence, de toute façon, cet enfant il ne payera pas quand il va venir ici. Ici, on a une politique, quand ils n'ont pas d'argent, qu'est-ce que tu veux que je fasse, on va pas les torturer, leur dire d'aller braquer la Banque pour me ramener des sous. C'est du recel après (rire). Tu vois la médecine libérale, je n'y crois plus. Qu'est-ce qu'on a de libéral, si y avait pas de sécu. Rien. Dans ma salle d'attente, Rien. Même les politiques qui viennent se faire soigner ici, se font rembourser. Donc, on est encore en train de vivre sous un souvenir lointain de la Sécu d'avant 36. Mais c'est fini ça ce temps-là, tous mes patients ont une feuille de Sécu, tout est marqué, donc je pense qu'il faudrait…y'en a une qui dépend du département, l'autre de l'HP, l'autre de la Sécu…faut arrêter et regrouper tout ça sous le même toit, l'argent vient des contribuables de toute façon. Cet argent que donne le contribuable par ses impôts est fait pour être redistribué et non pas gaspillé. J'estime qu'en regroupant nos moyens, on serait bien plus fort. L'argent que je dépense à payer mes secrétaires, mes loyers, mon entretien d'ici. Si le CG m'accueille dans ses locaux, je peux mettre dans ses locaux pour l'aider au financement. Pourquoi, on ne ferait pas des contrats, après tout ce n'est pas illégal. Les médecins à l'hôpital qui ont tout le CHU et des consultations privées. Un contrat y' a des règles, il suffit de faire une expérience sur une ville, ou sur un quartier et voir quelles sont les règles qu'il faut en tirer. Et puis après tout, je crois que c'est la médecine du futur. Moi je pense qu'il faut regrouper les moyens mais pas en créer, il y a tout ce qui faut sur place. Sauf, qu'on ne les connait pas et que chacun tire un peu la couverture à soi. Et celui qui trinque, c'est le citoyen au centre. Moi c'est mon opinion, je suis peut-être un peu sévère.

- ✓ ***Quelque chose qui n'a pas été abordé et que vous voudriez préciser?***

Je ne sais pas quel est le problème de la campagne mais est-ce qu'il y a autant de précarité à la campagne?

- ✓ ***J'ai questionné le médecin de Pont-Audemer: il y a de la précarité en campagne mais elle n'aurait pas le même profil.***

Parce que moi, j'avais l'impression quand je vais dans mon village de montagne qu'on est beaucoup plus solidaire, qu'il y en a moins. On a un petit simplet dans le village, mais il a un job. Il fait tourner le manège. Donc, il n'est plus dans la précarité puisqu'il a un job. Il y a des gens qui sont dans la précarité avec des moyens financiers (parce qu'ils ont un appartement), donc je me suis toujours posé la question s'il ne fallait pas créer un corps social qui soit …quelqu'un qui connaisse bien les lois, qui sache gérer ces gens-là à

franchir les étapes. Mais c'est vrai que lorsqu'on voit quelqu'un dans la rue qui couche sur un carton, ben il n'a même plus de logement, donc faut bien commencer par lui créer un logement alors j'ai entendu à la TV qu'ils avaient peur d'aller dans les centres, quand on voit ce qui s'y passe, je ne dormirais pas, je serai sur le qui-vive. Je préfère monter dans un arbre et dormir perché que d'aller dans un centre, dans un centre comme ça, je pense qu'il ne faut pas faire de grosses structures parce que plus c'est gros, ça devient industriel et c'est mauvais et puis est-ce que ces gens-là ne seraient pas mieux sortis de la ville, mis sur la campagne …Pourquoi je vois ça comme ça? Dans le Sud de la France, mon épouse était éducatrice, elle s'occupait d'enfants handicapés débiles légers, trisomiques et donc c'est au château de la ??? du côté de Toulouse. Ce château appartenait à l'association et ils avaient construit des petits pavillons et les enfants habitaient dans ces petits pavillons et les éducateurs habitaient également dans ces pavillons et ils faisaient de l'élevage de poules et ils allaient vendre au Marché…ils se sentaient utiles, ils auraient bien pu rester dans le centre à se dorer la pilule, bah non, ils avaient créer un mode de vie, bien sûr adapté à leurs possibilités et moi je pense que ces gens là, il faut les sortir de la ville. Ils sont en danger en ville, quand je vois les clochards, des gens comme ça, est-ce que dans la campagne, ils ne seraient pas plus heureux? J'essaye de penser à leur place mais bon Dieu, il y avait un clochard au bois de Boulogne, c'est ce qu'ils ont dit à la radio qui avait un revenu à 1200 € par mois. C'est pas possible ! A Paris on ne peut pas se loger avec 1200 €, je suis d'accord. Ben quelqu'un qui bosse à paris, faut qu'il se loge à Paris mais là il bossait pas donc on voit bien que le traitement, c'est pas de leur trouver des logements, c'est tout un corps social qu'il faut. Le médecin, psychiatre etc. Ils auraient besoin d'un médecin référent, ça peut paraître idiot…on ne peut pas mettre un médecin psychiatre référent, un dermato référent, on ne sort pas…il faut adapter le système qu'on a aujourd'hui, le médecin référent pour cette population là mais en allant les chercher.

Je ne vois pas comment on peut faire autrement. Il n'y a qu'à l'hôpital où c'est le contraire, bien que quand c'est les pompiers qui l'amène, c'est comme un travailleur social, le pompier quelque part aujourd'hui, …ça reste une référence les pompiers.

Mais pour les clochards, c'est souvent appelé par un tiers qui passait par là. Donc, on ne peut pas compter sur ce système-là. Mais je pense qu'il faut un système social qui ferait que ces gens-là iraient aux soins. Je ne vois pas comment un médecin irait au devant d'eux, ou alors il faut qu'il change sa pratique complètement or aujourd'hui on fait de moins en moins de visites, on reste bloqué dans un cabinet toute la journée, donc il faut un système social…y a qu'à l'hôpital qu'on pourrait avoir un centre de référence. Des fois pour dénouer l'imbroglio médico-social, l'hôpital est quand même l'endroit le plus efficace actuellement. Quand on le met dans un lit à l'hôpital, il est logé, il est nourri, il est soigné et le système social est là. Actuellement, il ,'y a pas mieux. Je ne sais pas comment travaille le carrefour des solidarités, je pense qu'ils ont les mêmes problèmes que moi, quand je cherche un logement pour l'un de mes patients, …j'avais une jeune fille qui savait pas où loger, je n'allais pas laisser une jeune fille dans la nature, elle sort de mon cabinet, au revoir. Le dernier patient qui était avec moi était un éducateur. Si vous savez le parcours qu'on a fait en pleine nuit pour trouver où la loger. On est allé dans les commissariats. On a trouvé vers la gare. Il y a tellement de petites choses à faire, il y a une voie ferrée, il manque des tronçons. Mais au CHU, ça me semble évident qu'on mette des médecins généralistes… pourquoi pas ? Mais qu'ils soient indépendants des urgences à ce moment-là, des consultations indépendantes. Laissons les urgentistes faire

de l’urgence, laissons les médecins faire de la médecine traditionnelle. Un clochard il est comme tout être humain, plein d’affectif, et dans la relation entre son médecin et son patient, il y a de l’affectif surtout à force de se rencontrer. Je le soigne au CHU, je le croise dans la rue, on se dit bonjour. Pour lui quelque part, c’est une référence. C’est un peu d’humanité qu’il faut. Beaucoup plus que des sous. Mais le CHU doit montrer l’exemple. Ils sont fiers au CHU des expositions qu’ils font, des films qu’ils passent, ils pourraient être fiers de leur vitrine sociale. J’ai déjà dit à Mr… dans hôpital, il y a hospitalité. Seulement, on ne l’a pas. En perdant le professeur Muller on a perdu beaucoup, c’était un humaniste. Des gens comme ça on n'en rencontre qu’ un dans sa vie.

Annexe 1.6: Entretien N°6 Docteur Jules

- ✓ ***Qu'elle a été votre motivation pour travaillé dans une PAS***

J'ai été installé dans 3 quartiers différents. La 1ère fois dans le quartier de l'Eure qui est un des quartiers les plus pauvres du Havre, puis je me suis mis en association à la Mare Rouge, un autre quartier en difficulté, le cabinet de groupe a été un grand fiasco, en fait c'était un groupe qui était logé dans un quartier difficile mais les médecins ne se sentaient pas concernés par les problèmes du quartier. Ça a commencé à ne plus du tout me convenir et ça a été en quelque sorte une porte de sortie pour moi. Pourquoi, je me suis retrouvé à la PAS? Un jour, j'ai croisé une amie qui avait travaillé dans le réseau toxicomanie et c'est comme que je me suis retrouvé factuellement… après ça fait partie de ma démarche… moi je m'embête avec les gens qui ont accès aux soins. En gros c'est ça en fait. J'ai toujours été attiré par l'exclusion. C'est plus les circonstances, qu'une démarche… c'est comme là, je travaille aussi à la prison, c'est la même démarche. Pourquoi? je suis socialo (rire)… Ça m'indigne. La PASS n'est pas forcément ma réponse, là en ce moment c'est la PASS, mais ce ne sera pas toujours la même chose. Je ne fais pas de bénévolat par exemple.

- ✓ ***Pourquoi?***

Pas le temps et puis … j'suis pas une bonne sœur. Je veux bien travailler avec les personnes précaires mais je considère que c'est un boulot. Pourquoi les seuls médecins qui seraient rémunérés, se seraient les personnes qui font des dépassements d'honoraires, non c'est révoltant. Y'a une question de répartition, les gens dans la précarité ont le droit à autre chose que du bénévolat. Ça doit être dans un cadre professionnel. Ça ne veut pas dire que je ne fais pas d'actes gratuits. Je ne me sens pas à l'aise dans le bénévolat. L'occasion ne s'est jamais trop présentée non plus.

- ✓ ***Quand la PAS n'existait pas c'étaient des médecins bénévoles à MDM?***

C'étaient des confrères ou des consœurs à la retraite où pas encore installés. Par contre, il y avait une PASS à l'hôpital mais qui ne faisait pas de consultations. Les consultation se faisaient à MDM et tout ce qui étaient social, se faisaient à la PASS à l'hôpital Jacques Monod. C'est la DDASS qui a imposé la création de la PASS, sinon l'hôpital est hors la loi.

A la suite de mon association, je me suis installé en centre-ville pour des raisons pratiques. C'est tout près d'ici… Mais je n'arrive pas a capté de patient du centre-ville… Sauf ceux qui sont en difficulté !

Mais bon, ça fait 23 ans que je suis ici… Comme les malades me suivent et que j'ai réduit mon temps libéral… On va voir si j'arrive à faire les deux, avec la prison. Les patients sont difficiles, ils sont épuisants… Enfin, ils sont plus épuisé que nous, mais ils nous transmettent ça. Enfin, moi je trouve.

- ✓ ***Est-ce le fait d'avoir travaillé ici, ça à modifié quelque chose à votre pratique***

de ville?

Y a une seule chose à laquelle je pourrais répondre, parce que il y a eu une résonance de la part d'une de mes patientes un jour, c'est la disponibilité de rendez-vous. Elle m'a dit pour le rendez-vous, je peux pas appeler, j'ai pas assez d'unités de téléphone. Je ne peux pas appeler plusieurs fois pour prendre des rendez-vous. Cette dame m'a dit: avant quand vous étiez dans le quartier de l'Eure, je pouvais venir sans rendez-vous, vous ne disiez rien. Je pense avoir plus entendu cet argument-là de la part de cette patiente depuis que je travaille ici. Sans avoir travaillé ici, peut-être que je l'aurai entendu mais pas interprété comme une difficulté d'accès aux soins. Une des difficultés d'accès aux soins, c'est le rendez-vous. C'est établi. Les cabinets maintenant fonctionnent essentiellement par rendez-vous. Que ce soit des difficultés de langues, des difficultés de portables. Moi je n'en avais pas conscience jusqu'à ce que cette malade là m'en parle. C'est récent, 7 ou 8 mois… un patient qui vient sans rendez-vous que je considère sans difficultés d'accès aux soins, je vais être beaucoup plus sévère qu'avec un patient en difficulté. Même si c'est des choses que j'avais plus ou moins faites spontanément, en tout cas, je n'en avais pas conscience, que c'était réellement une difficulté.

- ✓ ***Est-ce que ça à modifier quelque chose sur vos besoins de formation et votre façon de travailler en réseau.***

Moi ça marche plutôt à l'envers par rapport… ça a synthétisé ce que je faisais sur le cabinet… ici y a quand même des AS, des IDE, spécialistes… Il n'y en a pas beaucoup sans dépassement d'honoraires même sur l'Hôpital… secteur privé… ils ont quasiment tous une consultation (c'est pas un CHU ici) même sans dépassement d'honoraire, il y a avance de frais… ils y tiennent… la seule chose que je peux remarquer (PASS, prison, cabinet) c'est que je travaille avec les mêmes. Je pense qu'il y a un autre regard, de leur part, j'ai eu un confrère néphrologue au téléphone qui me disait : « mais on te trouve partout dans ces endroits là ! » Oui mais c'est ce qui m'intéresse. Il me semble qu'il y a de leur part un certain respect…on s'est beaucoup acharnés pour faire respecter la PASS…l'année dernière, il y avait eu quelque jours d'échanges sur la PASS de Rouen et ce qui ressortait c'est qu'il fallait que les autres services reconnaissent la PASS en tant que service. Il y a un moyen qu'on utilise ici, c'est que lorsque le patient passe, on met systématiquement un mot sur l'observation médicale signée la PASS. C'est comme ça que j'élargis mon réseau, en même temps ça fait 20 ans que je suis là…Est-ce que j'ai découvert des confrères préoccupés par l'accès aux soins ? C'est une bataille ça.

- ✓ ***D'après vous pourquoi la médecine de ville a du mal à accueillir les gens dans la précarité?***

D'abord parce qu'ils sont exclus, les cabinets médicaux font partie des endroits d'où ils sont exclus, ils sont exclus aussi des bistrots schématiquement… le paiement à l'acte, ça s'est acquis, c'est une connerie. Pour les exclus… Même maintenant les travailleurs précaires (d'autant plus que le référent a été supprimé), le paiement à l'acte est une difficulté d'accès aux soins, une consultation toutes les 10 mn, ¼ d'heure…ça allait trop vite… ici on va voir l'AS, ils vont voir l'IDE, moi, ils sont sur un parcours d'une heure et demie, 2 heures pour la 1ère consultation. L'accès aux soins, ce n'est pas seulement l'accès aux médicaments ou aux examens, c'est aussi l'ouverture des droits. Il y en a beaucoup qui ne savent plus ce qu'ils ont comme droits de Sécu par exemple. Ou on considère que les cabinets ne sont pas faits pour ça, ou on considère que les cabinets peuvent faire un peu de ça. Moi j'ai plus de

secrétaire, mais quand j'étais à la Mare Rouge[19], on avait des secrétaires… Il y en avait une qui s'occupait beaucoup de ça… c'est une mission autre… elle ne connait pas tout… au niveau paperasserie, les cabinets ne peuvent pas toujours faire face à ça. Le paiement à l'acte, tout ce qui a comme autres papiers à ré-ouvrir, à réorganiser, à trier, il faut du temps pour ces consultations. C'est long, ils s'apprivoisent, faut les apprivoiser. Ils ont besoin… sincèrement moi je suis encore très attaché à ce que je fais en tant que généraliste de ville… il y a du soin à apporter mais il y a beaucoup d'autres choses à apporter : c'est la Santé.

✓ ***Dans les difficultés d'accès aux soins, est-ce tous les freins sont du côté du système de soins?***

Moi je ne sais pas trop ce que c'est que les facteurs sociologiques… c'est sûr que si on se retrouve dans l'exclusion ou la précarité, ça remonte à loin. C'est quand même la personne qui ne se respecte pas. Ce matin, je travaillais à la prison, c'est une population qui ressemble beaucoup à la population précaire, y a un pont entre les deux. Il suffit d'ouvrir la bouche de ces patients là, c'est une horreur…Ils ont tous des dents dans un état catastrophique, parce qu'ils ne se respectent pas. Je pense que pour franchir la porte d'un cabinet médical, il faut déjà avoir un minimum d'estime de soi. Est-ce que c'est un facteur sociologique, un facteur psychologique, sans doute un peu les deux… là où le système à tort… c'est qu'il ne considère pas la santé à apporter à la population, il ne considère que des soins, les soins à donner à la population.

On n'est pas formé pour prendre son temps dans une consultation… on a calqué la pratique de ville sur la pratique des hospitaliers. Ça, cela ne nous dira pas pourquoi les généralistes ne reçoivent pas les précaires et pourquoi les précaires ne vont pas chez les généralistes. C'est difficile… quand vous sentez qu'il y a quelqu'un de différent dans la salle d'attente, vous avez plutôt tendance à accélérer quoi. Je pense à une dame qu'a été insérée et là est désinsérée…on voit bien qu'elle est inadaptée dans la salle d'attente. Elle a eu une ascension, bien… malheur de ses parents et là elle a l'impression d'être retombée dedans… je la vois plus, c'est sa fille qui m'en parle, elle travaille plus, elle a des dettes, menaces d'exclusion, elle n'est pas sortie quoi.

✓ ***Quelle est votre conception du cabinet de ville idéal?***

Non, je n'ai pas vraiment construit ça dans ma tête… j'en ai eu des idées… j'en ai plus. Je n'ai pas d'expérience de maisons médicales, du tout… j'ai déjà été dans un cabinet de groupe… ce qui va déterminer le fonctionnement d'un cabinet, c'est la rémunération des professionnels. J'ai été 5 ans dans un truc où on se demandait tout le temps comment faire payer l'autre. Comment exploiter au maximum la secrétaire, faire payer le standard par les autres professionnels (des kinés, orthophoniste, pédicure, deux spécialistes), comment chaque groupe va faire payer l'autre quoi…alliance contre alliance… ça ne pourrait fonctionner que dans un système socialisé… pas payé à l'acte. Le pluridisciplinaire, sincèrement j'y croit pas beaucoup, ça ferme quand même… par exemple, y a 2 infirmiers, vous n'êtes pas forcément en osmose avec eux. De fait, qu'est-ce qu'il se passe… si vous dites à la secrétaire de prendre un rendez-vous avec l'un et que l'autre l'apprend… Moi, j'aurais bien aimé un groupe de généralistes où on est pas payé à l'acte…C'est compliqué, on est pas des philanthropes non plus, si y en a un

19 Quartier populaire du Havre

qui voit un patient à l'heure et l'autre 4… il faut beaucoup d'échanges entre les professionnels.

- ✓ ***Il y a des modes d'association qui diminuent le poids de l'acte.***

Mouais... La 1ère pierre qui pourrait être mise dans ce jardin-là, c'est que certains soins soient forfaitaires, rémunérés au forfait. Si ce n'est qu'une démarche des caisses pour faire des économies par rapport à la dépense engagée, ce n'est qu'une réponse à l'économie. Ce n'est pas intéressant non plus. Je n'ai pas de schéma idéal, au bout de 20 ans, je pense qu'il faut être entre professionnels qui ont d'autres accointances que le simple fait d'être médecin. Ça demande à avoir des préoccupations communes…et pourquoi pas des préoccupations sociales…une manière de voir: qu'est-ce qu'est le soin, la santé? Est-ce qu'une consultation, ça consiste à regarder le talon par exemple sans se préoccuper d'autres choses…c'est du global…faut être au minimum d'accord là-dessus pour travailler dans un groupe…Des maisons qui réunissent juste des moyens…y a eu un projet sur le Mont gaillard, qui n'a jamais vu le jour, y avait des généralistes, le CMP devait venir… c'était clair que les libéraux voulaient que l'hôpital paye les locaux. Évidemment ça n'a jamais vu le jour. Je n'ai plus de certitudes.

L'idée des dispensaires dans les quartiers?

Je sais pas si c'est ça la réponse. Par exemple, nous ici, il n'y a pas qu'une PASS, y a deux services en même temps. Une PASS et le centre de lutte anti-tuberculeuse. On a mutualisé les moyens, ce qui nous permet d'avoir plus de postes. On a voulu l'appeler dispensaire, la DDASS nous l'a refusé. Par ce que c'était du passé, et que maintenant ça s'appelle PASS et CLAT. Bon c'est vrai que ça ne s'adresse pas à un quartier.

- ✓ ***Pensez-vous que les dispensaires favoriseraient la discrimination?***

Ceux qui disent ça, ne veulent pas que la pauvreté apparaisse sur le terrain. Vaut bien mieux la cacher comme c'est fait actuellement. C'est une idée fausse. A partir du moment où on met en évidence une carence de la société, on la met en évidence, elle ne stigmatise pas, on la met en évidence. Bien sûr qu'il ne s'agit pas que tout le monde aille se faire soigner dans les dispensaires. Si ça fait plaisir à certain d'aller payer…mon idée, ça revient un peu à la PASS, où on s'est imposé dans l'hôpital. On a pas tout gagné, puisqu'on est dans aucun pôle. L'équipe a refusé la proposition d'être rattachée uniquement à la psychiatrie. Du coup, on est rattaché à la direction. Le fait de faire exister la PASS à l'intérieur de l'hôpital met en évidence qu'il y a des personnes qui sont en difficultés d'accès aux soins. Je ne dis pas que le risque n'existe pas de favoriser un phénomène d'exclusion. Si le dispensaire joue son boulot, il ne va pas forcément fidéliser ses patients. Si on reste dans le schéma actuel, le suivi serait pour les cabinets de ville et les dispensaires pour l'accès aux soins. Le dispensaire n'est pas là pour fidéliser, ce que font malheureusement les PMI. Il faut toujours s'arranger pour trouver les relais, nous ce qu'on fait ici, on s'arrange toujours pour retrouver un cabinet à nos patients parce qu'on ne peut pas…si on avait gardé tous les patients…ce serait ingérable. Est-ce que c'est un dispensaire pour que les gens aient de nouveaux accès aux soins où est-ce que c'est un dispensaire qui va tout faire à la place de la personne ? C'est quand même plus intéressant qu'ils redeviennent acteurs de leur santé. Ce n'est pas facile, ça prend du temps. Un dispensaire vu comme ça pourquoi pas. C'est sûr que si on passe par un dispensaire, c'est qu'il y a quelque chose qui déconne dans la vie. Ça ce n'est pas un facteur d'exclusion, c'est d'essayer un passage de réintégration. Il y en a où on a

échoué mais des fois on a réussit…si on prend le schéma de la PASS.

- ✓ ***Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose dont on n'aurait pas parlé?***

La question de départ est ou trop simple ou trop vaste. Après je pense que les seuls qui pourront redonner une valeur aux soins dans ces cas là, c'est les généralistes. Les personnes en difficultés de soins, ce ne sera jamais un généraliste qui pourra se pencher sur ces questions. C'est pas qu'individuellement, y 'en a pas qui vont le faire mais dans son fonctionnement bon…finalement la spécificité du généraliste c'est quoi par rapport à une difficulté d'accès aux soins, c'est ça la question, est-ce qu'il va être plus accessible globalement plus qu'une médecine spécialisée ? Pas sûr.

- ✓ ***Le généraliste n'est-il pas formé à prendre en compte la globalité de la personne?***

Je pensais à quelque chose, que dans la démarche de nous en tant que généralistes, par rapport aux personnes en difficultés d'accès aux soins, c'est d'aller vers. On ne peut pas faire ça. On ne peut le faire qu'ici. Nous ici on peut se permettre d'aller dans un foyer. On n'attend pas que les gens viennent consulter. Dans une certaine mesure, ce qu'on essaye de faire ici, c'est d'aller consulter les patients. Ce qu'on ne peut pas faire en cabinet, on peut de façon sympathique, passer voir un patient qu'on connait mais c'est difficile d'aller vers celui qu'on connait pas…chapeau aux bénévoles, les associations…eux savent comment faire. Est-ce que ça, ça peut faire partie des compétences d'un généraliste dans un quartier par exemple? Le sujet est très compliqué. Ce n'est pas qu'une question d'organisation du système, le paiement à l'acte organise essentiellement le système, y a pas que ça dans le fait que les personnes ne puissent pas venir mais qu'est-ce que nous en tant que généralistes, on peut mettre en place pour ça? Travailler dans les dispensaires, continuellement ou de manière alternée peut être une solution.

Y a toutes les associations qui existent aussi sur ce réseau…et qui en vivent...

Ici on s'est demandé si on ne faisait pas de l'exclusion dans l'exclusion, on peut y aller facilement…à ce dire: celui là il ne fait pas assez d'effort par rapport à d'autres…vous en rajoutez une couche. C'est difficile de rester à un niveau égal d'accueil, de ne pas avoir plus d'exigence pour l'un que pour l'autre. Si vous avez plus d'exigence pour l'un; vous augmentez son niveau d'exclusion. Les associations parfois fonctionnent un petit peu comme ça.

Annexe 1.7: Entretien N°7 Docteur Gaël

- ✓ ***Ici c'est une PASS?***

Ça fait 5 ans que ça existe. Une permanence de 2 heures l'après-midi, toutes les semaines pour permettre bon d'être reçu, alors dans un 1er temps, une assistante sociale, une infirmière qui fait le lien entre l'assistante sociale et le médecin, ça rassure un peu les gens d'avoir un lien entre les 2 postes…le médecin pour intervenir si nécessaire quoi.

- ✓ ***C'est une activité bénévole ici?***

Oui.

- ✓ ***Personne n'est rémunéré?***

Voilà. C'est rattaché à la Croix Rouge, ça a été fondé il y a 5 ans par des responsables de la Croix Rouge au niveau local, qui ont considéré que…au départ c'était à l'initiative de Madame Ligier qui travaillait au CG, qui est médecin, qui était affectée à l'hôpital après et qui en lien avec la Croix Rouge a monté ce projet, un lieu d'accueil possible.

- ✓ ***L'hôpital n'intervient pas du tout?***

Il y a un partenariat entre l'hôpital, la Croix Rouge et la CPAM pour faire fonctionner sur le plan financier et sur le plan des personnes la structure. L'assistante sociale est fournie par, est détachée de l'hôpital donc c'est 2 heures là.

- ✓ ***Elle est salariée quand même***

Oui elle est détachée mais elle n'est pas payée par la Croix Rouge et puis dans la convention il existait un médecin, pareil de l'hôpital …détaché de l'hôpital pour 2 heures, pour fonctionner ici. Bon apparemment, avec le départ progressif des uns et des autres, on se bat un peu en ce moment pour récupérer ces éléments là. Vous voyez à peu près comment ça fonctionne, donc on est là, les gens le savent, il y a eu des informations de faites et donc les gens qu'on reçoit, tout le monde peut venir, c'est un milieu d'écoute, un lieu de soin éventuellement pour ceux qui se trouvent dans la situation, qui n'ont pas la CMU encore, ils sont sortis du cadre des fonctionnements normaux, beaucoup de clandestins.

- ✓ ***Il y en a beaucoup?***

Oui oui. Pour certains qui connaissent bien le lieu et reviennent énormément, régulièrement avec la femme enceinte… Ça nous permet de temps en temps pour des gens qui ne sont pas dans un système de fonctionnement reconnu … on les met en lien directement soit avec l'hôpital, ou pour des soins dentaires, des soins ophtalmo ou des choses comme ça. On travaille en partenariat avec certains spécialistes qui acceptent de les voir sur le plan dentaire, sur le plan ophtalmo, certains acceptent des visites à leur lieu de consultation quoi. Voilà, nous on se met en lien, souvent on propose aux gens de faire la démarche, souvent on va jusqu'à faire la démarche, des fois on va jusqu'à les accompagner lors du rendez-vous pour être sûrs… on se souvient de quelques personnes pour qui il y avait beaucoup d'examens à faire, il y avait un projet opératoire donc il fallait un anesthésiste, des soins préalables, donc il fallait coordonner, accompagner tout ça donc, il fallait… c'est des gens qui souvent ne suivent pas

trop leur rendez-vous donc par respect des gens qui donnaient un peu de leurs services, il fallait que ce soit accompagné quoi. Bon c'est un petit peu le rôle de l'infirmière dans ce cas-là qui a accepté de prendre les rendez-vous et de les coordonner avec moi. Voilà. Que dire de plus, nous on présente toujours la situation en disant au gens, d'abord on voit les possibilités de mettre en place, les couvertures sociales, des droits, on a aussi la possibilité, des liens directes avec la CPAM qui permet d'avoir la rapidité de création d'une CMU, d'une prise en charge…ça permet de faire avancer, de débloquer des situations des gens qui soit n'ont pas suivi les démarches, soit bon voilà en ont ras le bol…le but c'est d'accompagner les gens au début, éventuellement de leur donner un petit peu de traitement mais tout en les incitant à revoir leur médecin traitant. Ça arrive aussi que des gens viennent, suivis par des médecins généralistes, pour …ils peuvent avoir un complément d'information sur des choses qu'ils n'ont pas compris ou pour les rassurer…j'ai vu ça aussi…c'est important d'avoir ce rôle à jouer et bien sûr tous les gens qui sont sans logis, sans…y a une prise en charge donc une sensibilisation pour les problèmes d'alcoolisme, les problèmes bucco-dentaire, alimentaire…En étant dans les locaux de la Croix Rouge, on peut aider directement les gens en leur proposant …de se rhabiller un peu, repartir avec un petit colis alimentaire…quelque fois des hébergement aussi sont proposés mais bon…on essaie de limiter, de ne pas faire de l'assistanat non plus. C'est des dépannages, mais on ne veut …de toute façon on ne peut pas pas, instituer une prise en charge complète des gens, c'est pas le but. Donc, l'incitation et dire : tant que vous n'avez pas la couverture …vous pouvez venir ici en parler ou avoir quelques traitement mais on a très peu de choses. Mais dès que c'est possible, reprenez contact avec un médecin pour qu'il puisse suivre régulièrement et correctement vos problèmes…y a eu des réussites, y a eu des …c'est vrai que globalement …d'une séance à l'autre on a l'impression que parfois on sert pas à grand-chose…des fois, y a personnes, des fois 5 ou 6 personnes.

- ✓ ***Qu'est-ce qui vous a amené à travailler dans une PASS ?***

De part ma formation, j'ai toujours été très sensible aux difficultés des gens. Dans la pratique, au quotidien, on est très pris par un mode de fonctionnement. Dans le mode d'exercice, on essaye de garder le plus possible cette disponibilité mais bon c'est vrai que la démarche vers des personnes en grande difficulté c'est quand même important. J'ai toujours participé à des associations, que se soit vers les migrants, que se soit …en plus que connaissais bien la dame qui montait ce projet donc j'ai voulu participer avec elle à ce projet…

- ✓ ***Vous disiez que dans votre pratique de médecin de ville, vous n'aviez pas le temps, nous n'arriviez pas à...***

Oui mais on est pris…c'est autre chose. Là ce sont des gens, on sait bien qu'on va pas revoir, qu'on ….C'est un autre mode de gestion des problèmes de santé. C'est très ponctuel, c'est plus un lieu de rencontre, qu'un lieu de …une clientèle on la connaît, on la suit, on programme des choses dans le temps, même si on prend le temps au cours d'une conversation…c'est pas pareil…

- ✓ ***Cette expérience ça fait 2 ans? Est-ce que ça a modifié quelque chose dans votre pratique de ville ?***

Ça fait 5 ans. D'être confronté à la situation de gens qui viennent et qui nous disent: voilà mon médecin il m'a fait faire cet examen…mais ils n'ont pas compris…ça

effectivement ça peut interpeller et dire: attention est-ce qu'on est assez clairs…Ou est-ce qu'on a dit trop ou est-ce qu'on les a inquiétés? Et ils restent avec des choses non dites et des appréhensions…on peut imaginer que certaines personnes soient dans cette situation-là. Donc, On fait plus attention de mieux expliquer les choses, de rassurer, d'apprendre à être plus rassurants qu'inquiétants même s'il faut inciter les gens à se faire soigner, leur dire la nécessité de faire certains examens, ou traitements. On ne va pas avoir la même attitude envers une personne qu'on suit sur le long terme qu'envers une personne qu'on voit ponctuellement. On a pas les mêmes mots et la même prise en charge avec quelqu'un qu'on va continuer à suivre qu'une personne qui passe très rapidement sans pour autant investir trop de la personne, parce qu'il y a quand même une approche, un respect de la personne qui n'est que de passage. Notre rôle c'est de dire il faut que vous puissiez régulariser votre situation pour pouvoir rentrer dans le cadre d'un soin normal.

- ✓ ***Par rapport à l'accueil des patients ?***

Mouis…c'est toujours la même chose quand on sort un peu du cadre d'exercice habituel, par rapport à la clientèle…on s'imprègne un petit peu du vécu dans tous les modes d'exercice, forcément ça retentit.

- ✓ ***Est-ce que vous pouvez dire en quoi ?***

Se rendre compte des grandes difficultés de certaines personnes. Là où j'exerce je n'en perçois pas autant qu'en ville mais on s'aperçoit qu'il y a des gens en très grande misère et qu'ils ne le disent pas, qui vivent avec très peu de choses donc c'est une réalité qui interpelle et qu'on ne réalise pas toujours. Moi je suis dans un village, il y a sûrement des familles qui sont en difficultés, et dont on ne soupçonne pas trop les difficultés… on tache d'y veiller, d'entendre…on voit un peu mieux à quoi ça peut correspondre dans leurs difficultés à se prendre en charge.

- ✓ ***Ceux que vous accueillez ici à la PASS comment pourriez-vous les accueillir dans votre cabinet ?***

Difficile hein. Parce que des fois la présentation... Dans une salle d'attente, c'est pas toujours facile, bon y a un médecin qui travaille ici avec nous de temps en temps et lui est très ouvert, il fonctionne beaucoup sans rendez-vous. Pour tout ce qui est un petit peu marginal, je pense que dans un cabinet comme ça, ça peut fonctionner…La présentation, la propreté, qu'ils sentent l'alcool, qu'ils sont quelques fois un peu agressifs, ça peut perturber quand même. Si quelqu'un de ce genre, se présentait, personnellement je ne ferais pas de difficulté à le recevoir mais je sais pas si ce sont des gens qui vont rentrer dans les cadres proposés. Ils se sentent plus à l'aise dans une structure, dans un milieu non connu, mais ils savent que c'est un lieu d'accueil, donc c'est plus facile pour eux. Même si on les voit une fois, deux fois, des personnes qu'on va voir régulièrement et d'autres qui ne sont que de passage. Quelque fois on a des échos négatifs de la part …un gars qui venait rouspéter parce qu'on lui avait donné des antibiotiques périmés…on a vérifié et c'était pas vrai…il avait même pas pris son traitement et il s'est retrouvé à l'hôpital…y a toujours des gens un peu agressifs …

- ✓ ***Au niveau clinique, ressentez-vous des besoins de formations ?***

Oui, c'est sûr on a pas l'habitude de comment les aborder, des choses

simples, des problèmes d'hygiène, comment présenter la nécessité d'une hygiène, de se changer mais bon..C'est difficile d'avoir ces mots là pour des gens qui de toute façon se retrouvent dehors…Donc on les met souvent en relation avec des structures qui leur proposent des douches, on essaye d'avoir une coordination, de les informer des différents services existants, qu'ils sachent les utiliser. Ça permet d'avoir pour eux un accompagnement, des points de repères qu'ils utilisent ou pas. J'ai vu quelques jeunes complètement perdu, sans travail, on arrivait à leur passer une tente et progressivement il arrivait à se remettre dans le chemin…Des services rendus qui débouchent sur du positif.

- ✓ ***Cliniquement?***

Cliniquement, toutes les pathologies rencontrées sont des pathologies classiques, après majorées par la situation sociale des gens…c'est l'alcoolisme, c'est l'hygiène, c'est …. négligence bucco-dentaire, malnutrition, surtout ça…on a jamais eu de grande dénutrition…de toute façon quand ça devient grave, on transfère à l'hôpital….On pare à l'urgence, on traite une infection urinaire mais l'hôpital refuse de prendre en charge en dehors de l'urgence.

- ✓ ***Est-ce que ça a modifié quelque chose à votre façon de travailler en réseau?***

C'est sûr qu'au niveau du réseau social, ça permet de connaître un petit peu les structures existantes…Moi je m'en sers assez peu parce que je suis à 10 km de là, je ne fonctionne pas trop avec les gens de la ville mais bon ça existe, que ce soit le Samu social, ça permet aussi d'y participer de temps en temps, d'aller vers les autres. Au niveau de l'équipe coordinatrice, c'est des gens qui se connaissent, qui travaillent ensemble, qui échangent les adresses, ça permet d'avoir un lien. Moi je sais que si j'ai un problème particulier, je peux les interpeller…et leur dire, soit je vous envoie telle personne avec tel problème…A ce niveau là, ça améliore la prise en charge. De savoir aussi que tel spécialiste est ouvert par rapport à d'autres. Le collègue qui prend en charge les toxicomanes, on sait que lui il existe, quand on rencontre ce problème-là, on n'hésite pas à le contacter pour mettre en place une prise en charge.

- ✓ ***Qu'entendez-vous par spécialiste ouvert?***

Ils acceptent de ne pas prendre de dépassement d'honoraires et même qui prennent gratuitement. Si les gens n'ont pas de couverture sociale, y a un ophtalmo qui accepte de les voir comme ça en attendant que la prise en charge puisse être faite.

- ✓ ***Pour qu'elle raison d'après vous la médecine de ville a des difficultés à prendre en charge des gens en grande difficulté?***

On reste disponible à prendre en charge ces patients là mais c'est vrai que souvent ils ne sont que de passages. Ils ne veulent pas trop rentrer dans les cadres…donc en tant que généraliste on prend une personne dans le temps, on sait que puisqu'on va la revoir, faire différents points, un état des lieux, puis programmer un certain nombre de choses …pour les gens de passage, c'est plus difficile. Un certain nombre de généraliste vont être accessibles mais c'est vrai qu'on fonctionne plutôt avec le temps, chose qui ne fonctionne pas ici.

A la limite, quelqu'un qui vient à mon cabinet et qui est en difficulté sociale, je lui proposerais de passer par là (à la PASS). On a tous les réseaux qui existent, à distance, on ne sait jamais à qui il faut s'adresser,

✓ ***Avez-vous une représentation du cabinet idéal?***

Dans un cabinet de groupe, c'est sûrement plus facile que dans un cabinet seul où il n'y a pas de secrétariat, y a personne. Laisser dans une salle d'attente, une personne en grande difficulté ou qui se présente d'une certaine façon….Même si la plupart du temps, nous on fonctionne au rendez-vous, c'est pas facile, déjà s'il rentre dans une pièce vide, il va pas se sentir tellement accueilli, donc il faut qu'il ait une structure avec une possibilité d'accueil, soit par une secrétaire avec une petite salle, non pas pour l'isoler mais pour l'accompagner, ça ça peut se faire. Je pense qu'en ville dans certains cabinets, ça se fait un petit peu quand même. Je crois qu'il faut la possibilité d'un accueil avec des gens formés. Avec la possibilité pourquoi pas de se laver…Est-ce que c'est imaginable? Ça doit pouvoir se faire dans des lieux très ouverts, organisés à ça, ça demande une disponibilité qu'on peut trouver si on veut. Sans que ce soit spécialisé. Une disponibilité de l'équipe soignante, du secrétariat, et des locaux accueillants pour ce faire. Mais bon, c'est pas facile, parce que ça peut être circonstanciel, occasionnel, mais organiser ça de façon habituel, faut vraiment y penser et organiser, prévu d'avance sinon…

✓ ***Il faudrait presque avoir une autre idée de la médecine générale?***

Oui, je pense que ça doit exister, ça doit exister dans certaines structures…j'ai entendu ça là où il y a plusieurs médecins, des infirmières, un secrétariat…Pas facile de gérer de façon satisfaisante des problèmes de ce genre.

✓ ***Certaines structures...?***

Bon on sait que ce genre de structures existe: centre de santé, dispensaires. Mais il faut avoir les moyens appropriés à ça. J'avais lu le bouquin d'Emmanuelli, une structure à l'hôpital, un lieu de consultations avec des soins, c'était un lieu approprié particulièrement à ça.

✓ ***Est-ce que pour vous des patients dans la précarité peuvent être intégrés au système de médecins généralistes?***

En théorie oui, il faudrait…Mais sur le plan du fonctionnement des cabinets c'est pas toujours facile et l'approche de ces personnes du monde de la santé, il y a un décalage entre le fonctionnement classique et leur demande. C'est ponctuel, ils n'aiment pas trop qu'on soit invasifs, à de multiples fois dans les services, on leur a répété les mêmes choses …quelque fois quand on va trop loin est-ce que…on les fait pas fuir un petit peu, on a vu parfois certaines personnes passer avec un problème d'alcoolisme et petit à petit mettre en relation avec les services appropriés et ça c'est bien passé. C'est sûrement plus facile dans une structure comme ça (la PASS), on est petit peu neutre mais c'est pas exclu d'un cabinet médical, je ne crois pas. Il n'est jamais exclu de dire aux gens, je vous revoie demain matin ou à 21 h pour préserver les autres. J'ai dans ma clientèle des gens un peu originaux mais ils ne sont pas sortis du système de soins. Ils sont connus, ils sont acceptés et ça se passe bien.

✓ ***Y aurait-il un aspect de cette problématique dont on n'aurait pas parlé?***

Des gens pour des raisons sociales, des raisons financières,, de cultures, qui n'ont jamais fonctionné dans ce mode là , se soigner, c'est quand même des gens qui ont été rejetés ou qui se sont exclus du système courant…Il faudrait arrivé à recréer des espaces, pour faire fonctionner…Et intégrer ces personnes là dans les structures existantes…Je pense que les modes de pratiques de ville ne sont pas forcément et toujours adaptées… c'est plus

facile de l'envisager ici… C'est un temps donné, on est disponible…Fonctionner comme ça dans une journée pour un médecin au quotidien, ça demande d'avoir des lieux préparés à ça, du personnel accompagnant parce que je crois qu'il faut qu'il y ait un accueil, donc le mode de fonctionnement habituel, soit une salle d'attente pleine, soit sur rendez-vous, c'est pas des gens qui vont fonctionner comme ça mais bon je pense qu'on peut le modifier, je pense qu'on peut voir dans une semaine, un moment ouvert à … Mais là aussi c'est particulier car c'est des gens qui fonctionnent comme ça, quand j'ai besoin, donc là, la structure elle existe dans un temps donné, les gens viennent donc ça doit pouvoir fonctionner ailleurs mais là l'intérêt c'est que quand même on a une coordination entre l'infirmière, l'assistante sociale qui voit en premier les personnes qui permet de mettre en confiance en faisant l'inventaire des difficultés, des problèmes rencontrés et qui ne fait que proposer le passage vers le médecin. Voilà c'est une proposition, les gens acceptent ou…Quelques fois y a des gens qui passent directement mais c'est assez rare, y a toujours un passage, une progression vers le médecin qui est offerte. Est-ce qu'on intègre déjà ce mode de fonctionnement dans ce qu'on fait ici, oui forcément on ait imprégné, on est sensible, et donc dans la pratique ça resurgit mais de là à l'établir, c'est sûrement plus difficile mais le problème ne se pose pas là où je suis… peut-être qu'en étant en ville, ça poserait plus de… mais ça pourrait se faire en ville mais je pense aussi en lien avec un service de gens, de collègues qui acceptent de voir quelqu'un en difficulté sur le plan médical.

Annexe 2 : Organiser une permanence d'accès aux soins de santé- Recommandations et indicateurs- DHOS 2008

Objectif : Rendre effectif l'accès aux systèmes de santé aux personnes

Mettre en place une

L'établissement définit l'organisation, les actions et les moyens de la PASS à partir d'une analyse des besoins des populations pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), volet du plan régional de santé publique

Recommandations d'organisation

ÉTAPE MINIMALE

1. Structurer les relations avec les acteurs internes

1.1 Identifier les référents clés mobilisés au sein de l'établissement de santé pour conduire les missions de la PASS.
La PASS s'appuie sur la mobilisation de 4 catégories d'acteurs clefs : équipe de direction, service social, encadrement infirmier, médecin coordonnateur. Elle définit leur rôle, les modalités de leurs interventions et de leurs échanges.

1.2 Articuler le rôle de la PASS avec celui des professionnels chargés du suivi sanitaire, social, administratif des patients : équipes de soins, service social de l'hôpital, assistant de service social affecté à la structure des urgences, bureau des entrées, services financiers.

2. Structurer les relations avec les acteurs externes

2.1 Installer un comité de pilotage dynamique incluant des acteurs externes stratégiques : référent du programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, représentants de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales, des caisses d'assurance maladie, du conseil général (centres de protection maternelle et infantile), des centres communaux d'action sociale, des services municipaux de santé, des centres d'examens de santé, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des centres locaux d'information et de coordination, des ateliers santé ville (plans locaux de santé publique), des médecins libéraux, pharmaciens, dentistes, des autres établissements de santé (dont établissements de soins de suite), du secteur psychiatrie (dont équipes mobiles santé précarité), des lits haltes soins santé, des espaces solidarité insertion, des centres d'hébergement d'urgence, des centres d'accueil de demandeurs d'asile, des associations, des représentants d'usagers.

2.2 Formaliser le contenu des partenariats (par courrier, par convention…), afin de pérenniser les liens existants entre la PASS et les autres membres du réseau prenant en charge les différents aspects de la précarité.

3. Développer des outils opérationnels

3.1 Formaliser une organisation partagée intra-hospitalière et extra-hospitalière (notamment avec les membres du réseau de prise en charge de la précarité) : protocoles de repérage, de circulation, d'accompagnement, de suivi des personnes démunies, protocoles d'accès aux droits d'admission immédiate à la couverture maladie universelle complémentaire, d'instruction prioritaire à l'aide médicale d'État, d'accès aux médicaments, aux consultations, aux services spécialisés (notamment de santé mentale) aux services de soins de suite, fiches de lien avec les partenaires externes, fiche de liaison topographique de la PASS.

3.2 Initier au sein de l'établissement, une réflexion éthique, ponctuelle ou régulière, sur les questions posées par l'accueil et la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité (ex : réflexion éthique sur le partage et les modes de transmission d'un dossier médical et social dans le cadre d'un réseau).

4. Communiquer sur le rôle de la PASS

Informer des règles du jeu (dont le repérage des personnes en situation de précarité) les services, les partenaires externes (dont médecins de ville).

Mettre en place une signalétique adaptée pour rendre la PASS visible et accessible aux patients et à l'ensemble du personnel.

ÉTAPE OPTIMALE

5. Rédiger un rapport d'activité annuel de la PASS

Présenter les objectifs formalisés, le suivi de l'activité (nombre, origine géographique des patients reçus, types de pathologies, problèmes sociaux rencontrés, nombre de dossiers instruits par type de droits : couverture maladie universelle, couverture maladie universelle complémentaire, aide médicale d'État…, nombre d'actions hors les murs), le suivi des ressources et des dépenses (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, ressources des collectivités territoriales, de l'État, des caisses d'assurance maladie…).

6. Valoriser et développer les compétences

Développer des outils de mise en commun de compétences des professionnels des PASS (connaissance des publics, maîtrise des techniques d'entretien social, réactivité aux problématiques des nouveaux publics, aux nouvelles réglementations) auprès de l'ensemble du personnel administratif, socio-éducatif, médical et soignant : actions de sensibilisation/formation, promotion de la PASS comme terrain de stage pour les professionnels de santé ou futurs professionnels (module santé publique dans les Instituts de soins infirmiers).

7. Inscrire la PASS dans des démarches qualité

Des programmes conduits au sein des réunions de concertation pluridisciplinaires ou des réseaux ville-hôpital, autour de l'évaluation des protocoles et de leur application, ou évaluant la pertinence des admissions en hospitalisation pourront être valorisés au travers de la certification ou dans le cadre de l'obligation individuelle d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins. Les personnes en situation de précarité sont mentionnées dans la référence 37.a (sortie du patient) du manuel de certification V 2007.

et des ressources disponibles sur son territoire, articulée avec le diagnostic initial du programme régional (PRSP).

	Indicateurs	Commentaires
INDICATEURS DE MOYENS OU DE MISE EN ŒUVRE	Nombre, qualité, temps dédié des référents de la PASS, fiches de postes, planning d'interventions. Modalités d'organisation et fréquence de leurs échanges, relevés de décisions des réunions.	Un des référents peut être désigné pour faire le lien avec les associations.
	Utilisation de protocoles formalisés avec les services (exemple avec la pharmacie, les urgences).	Depuis mai 2006, l'article D 6124-21 du CSP prévoit qu'un assistant de service social est affecté à la structure des urgences afin d'organiser la prise en charge sanitaire et sociale adaptée des patients à leur sortie de cette structure.
	Composition du comité de pilotage. Fréquence des réunions du comité de pilotage et des groupes thématiques s'il y a lieu, ordre du jour, compte rendu. Présence de la PASS dans les instances et réseaux locaux se préoccupant de la précarité et de la santé.	Un comité de pilotage large renforce le portage stratégique de la PASS, mais est plus difficile à animer. Des réunions thématiques, notamment réunions de résolution de problèmes peuvent être pertinentes.
	Nombre de partenariats formalisés (conventions, courriers...) avec les acteurs externes sanitaires et sociaux. Descriptif des partenariats.	
	Nombre et types de protocoles formalisés, utilisés.	Un protocole de repérage des patients n'est pas une indication d'orientation systématique vers la PASS. Il doit identifier leur situation par rapport aux droits (sans droit, droits potentiels, droits ouverts).
	Nombre de réunions, nombre et qualité des participants, thèmes de réflexion, avis formulés, compte rendu des échanges.	La référence 2b du manuel de la certification mentionne la conduite d'une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient.
	Nombre de supports de communication et modalités de diffusion. Effectivité de la diffusion. Public touché.	Exemple de cible de diffusion : union régionale des médecins libéraux. Signalétique : proposer par exemple un logo unique de la PASS lisible par tous les patients (analphabètes...).
	Présentation annuelle du rapport au conseil d'administration, au comité technique d'établissement, à la commission médicale d'établissement, à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la conférence régionale de santé et à l'ensemble des partenaires financiers, compte rendu des discussions.	Il est essentiel d'établir une connexion entre les partenaires financiers pour rendre lisible leur nécessaire complémentarité. Les établissements peuvent créer un groupe transversal « précarité » chargé de produire un rapport sur l'activité, les initiatives des pôles, les modes de prises en charge des publics précaires.
	Nombre, qualité des bénéficiaires de ces actions. Inscription des thématiques relatives à la précarité dans les plans de formation de l'établissement.	La référence 8.c du manuel de certification mentionne : « la formation continue contribue à l'actualisation et à l'amélioration des compétences des professionnels ».
	PASS inscrite dans une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles de médecins, dans une démarche de certification.	Les PASS peuvent également être prises en compte dans les références suivantes du manuel de certification : 19.a (adaptation de l'information aux capacités et facultés de compréhension du patient), 24.b (prise en compte des différents besoins, dont social, du patient dans le projet thérapeutique), 25.a à 25.f (situations nécessitant une prise en charge adaptée), 36.a (adaptation de l'éducation thérapeutique).

personnes démunies du territoire

	Indicateurs	Commentaires
INDICATEURS DE RÉSULTATS ET DE PERFORMANCE	Présence des problématiques concernant l'accès aux soins des personnes démunies dans les rapports d'activité et discussion avec les institutionnels concernés (direction, conseil d'administration, commission médicale d'établissement, comité technique d'établissement, agence régionale de l'hospitalisation, partenaires externes...). Implication des partenaires externes : constitution ou participation à un réseau sanitaire et social formalisé sur le territoire (réseau précarité ville...). Actions correctives.	
	Existence et utilisation effective de protocoles formalisés, fluidité obtenue pour la circulation des personnes accueillies. Plages horaires proposées et demandes de consultations en dehors des horaires. Nombre moyen de consultations médicales délivrées avant l'effectivité du retour au droit commun.	L'un des objectifs des PASS est de permettre aux personnes de recouvrer leurs droits et d'accéder aux soins dans le cadre du droit commun y compris aux consultations spécialisées. * Consultations spécialisées : gynécologie, consultations d'information de dépistage anonyme et gratuit, centres d'information de dépistage de diagnostic des infections sexuellement transmissibles, dispensaires antivénériens, centre de lutte antituberculeux, unités de coordination tabacologiques, équipe de liaison et de soins en addictologie, odontologie...
	Flux des patients accueillis à l'hôpital/à la PASS. Nombre de patients pris en charge dans le cadre d'un réseau précarité sur le territoire. Nombre de liens formalisés entre la PASS et les partenaires externes (ex : médecins libéraux, centres de santé) pour prendre en charge des personnes démunies. Existence et utilisation effectives d'outils : fiches de suivi social, de suivi médical avec les membres du réseau, fiches de transmission pour s'assurer de la réussite de l'orientation. Rapprochement avec les bilans établis par les centres d'examens de santé de l'assurance maladie.	Dans le cadre d'une évaluation des pratiques professionnelles, un indicateur pour évaluer le retour au droit commun peut être recherché.
	Analyse des données : activité/moyens accordés, flux des patients à l'hôpital/à la PASS, types de précarité, taux de retour à la PASS en raison de perte des droits sociaux. Présentation de ces analyses à la direction, au conseil d'administration à la commission médicale d'établissement, aux partenaires externes... (commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation). Actions correctives.	Les types de précarité sont différents par exemple selon que les personnes sont en zone rurale ou en zone urbaine. Des enquêtes peuvent être menées auprès des assistants sociaux et des associations sur les usagers potentiels de la PASS (malades ayant des problèmes financiers, sans couverture complémentaire).
	Consultation des usagers par une enquête qualitative ponctuelle. Expression au comité de pilotage de la PASS de la satisfaction des membres du réseau précarité concernant l'action de la PASS.	

Annexe 3 : tableau 1

Caractéristiques des centres de soins gratuits et des consultants enquêtés

80 centres de soins gratuits ont accepté de participer à l'enquête

L'enquête Précalog a été menée en 1999-2000 auprès de 80 centres de soins gratuits, répartis sur l'ensemble du territoire. Les centres ayant accepté de répondre à l'enquête présentent des caractéristiques très diverses, notamment :

- Ils sont plutôt de petite taille : 49% comptent moins de 3 médecins exerçant régulièrement, 27% ont de 3 à 9 médecins, et 24% en ont 10 ou plus ;
- ils sont pour leur majorité organisés sous une forme associative (45%) ou relèvent d'organisations humanitaires (24%) ou encore de structures communales ou de CHRS (20%) et d'hôpitaux (11%) ;
- les centres de soins gratuits sont plus souvent installés dans les grandes villes : 66% le sont dans des agglomérations de plus de 80 000 habitants ;
- ils sont plus souvent localisés dans le Nord de la France : 44% sont au Nord de la région parisienne contre 39% au Sud.

Près de 600 patients ont été enquêtés

Au total, 590 patients ont accepté de participer à l'enquête. Cette population est à dominante masculine (70%) et plutôt jeune (plus de la moitié a moins de 35 ans). Elle est en majorité d'origine française (52%), alors que près de 18% viennent du Maghreb, 16% de régions d'Afrique et 7% de pays d'Europe.

En termes de précarité matérielle ou d'isolement, on retient les caractéristiques suivantes (Collet, 2001) :

- moins de 18% des personnes ont un emploi, stable ou temporaire ;
- seulement 13% déclarent toucher une retraite ou un salaire déclaré, 36% vivent d'allocations chômage, du RMI, ou d'autres allocations ;
- seulement 26% des personnes vivent dans leur propre logement, 28% sont hébergées en institution, 32% sont logées par des proches et 14% sont sans domicile fixe ;
- 42% des étrangers n'ont pas d'autorisation de séjour ;
- 45% des personnes sont couvertes par la Sécurité sociale et 9% par l'aide médicale. 40% se déclarent sans protection sociale et 6% ignorent leur situation administrative ;
- enfin, 52% personnes vivent totalement seules (plus des trois quarts étant des hommes) et 9,5% sont seuls avec leurs enfants (68% sont des femmes).

Annexe 4 : tableau 2

Facteurs significatifs* jouant sur la probabilité d'adopter telle ou telle logique de recours aux soins (odds-ratios)**

Facteurs significatifs	Logique d'adhésion	Logique de résistance	Logique de refus
31 ans et plus *versus* moins de 30 ans	1,81	n.s.	0,38
Aucune protection sociale *versus* protection sociale	n.s.	n.s.	*1,65*
Sans papier *versus* situation administrative régulière	n.s.	n.s.	0,61
Sans emploi ou travail au noir *versus* emploi stable	0,43	n.s.	*2,63*
Grande précarité économique *versus* ressources régulières	n.s.	*1,75*	n.s.
Problèmes déclarés dans l'enfance *versus* pas de problème	n.s.	n.s.	2,9
Pas d'appréhension à l'égard du médecin *versus* appréhension	n.s.	*2,97*	0,35
État de santé estimé mauvais ou moyen par l'individu *versus* bon	*1,28*	n.s.	n.s.
Fumeur *versus* non fumeur	*0,8*	1,59	*0,78*
R2	**0,13**	**0,15**	**0,26**

Source : IRDES, Enquête Précalog 1999-2000

* Seules les variables ayant une influence significative sont mentionnées dans ce tableau. Pour autant, d'autres variables ont été intégrées aux modèles de régression sans que leur impact s'avère significatif : le sexe, la nationalité, le type et la taille du centre de soins, la situation à l'égard du logement, la situation familiale, le niveau de scolarisation, le sentiment d'isolement, les comportements face à l'alcool et les accidents graves connus au cours de l'existence.

** Chaque odds-ratio représente le risque relatif associé à une variable de relever d'un type de logique par rapport à la situation de référence, « toutes choses égales par ailleurs » quant aux autres variables du modèle. Un odds-ratio supérieur (respectivement inférieur) à 1 pour une variable est interprété comme un facteur d'accroissement (respectivement de réduction) de la propension à adopter la logique de soins étudiée.

La mention « n.s. » signifie que la variable n'est pas significative avec un risque d'erreur de moins de 10%; un odds-ratio en caractère italique indique une significativité comprise entre 90 et 95% et en caractère normal un risque d'erreur inférieur à 5%.

Note de lecture : les 31 ans et plus ont une probabilité d'adopter une « logique d'adhésion » aux soins de 81 % plus élevée que les moins de 30 ans. En revanche, leur probabilité de présenter une logique de refus est 2,6 fois moins importante (1/0,38 = 2,6).

Annexe 4 :

Tableau 2

Causes spécifiques de la mortalité « évitable » < 65 ans, France, 1979-1999

	Effectifs 1999	Taux[1] 1999	Effectifs 1989	Taux[1] 1989	Effectifs 1979	Taux[1] 1979
Ensemble						
Tumeur du poumon	9 561	18,9	8 730	18,1	6 245	15,4
Suicide	7 270	14,4	8 152	17,1	6 878	15,9
Accidents de la circulation	6 444	13,5	8 458	17,7	9 001	19,9
Psychoses, alcool et cirrhoses	7 007	13,4	8 272	17,2	11 052	26,2
Tumeur VADS	5 521	10,7	7 477	15,5	7 571	17,7
Chutes accidentelles	1 190	2,4	1 274	2,6	1 295	3,0
Sida	915	1,8	1 921	4,0	-	-
Hommes						
Tumeur du poumon	8 035	32,5	7 856	33,5	5 702	29,2
Suicide	5 325	21,3	5 917	24,9	5 053	23,2
Accidents de la circulation	4 876	20,4	6 412	26,6	6 802	29,9
Psychoses, alcool et cirrhoses	5 150	20,1	6 001	25,4	7 851	38,3
Tumeur VADS	4 928	19,5	6 976	29,6	7 138	34,4
Chutes accidentelles	925	3,7	1 007	4,2	950	4,5
Sida	724	2,9	1 649	6,9	-	-
Femmes						
Tumeur du poumon	1 526	5,8	874	3,5	543	2,6
Suicide	1 945	7,6	2 235	9,3	1 825	8,6
Accidents de la circulation	1 568	6,5	2 046	8,6	2 199	9,8
Psychoses, alcool et cirrhoses	1 857	7,0	2 271	9,3	3 201	14,8
Tumeur VADS	593	2,3	501	2,0	433	2,0
Chutes accidentelles	265	1,1	267	1,1	345	1,6
Sida	191	0,8	272	1,1	-	-

[1] Taux pour 100 000 standardisés par âge (réf. : population française - 1990 - deux sexes)

Annexe 5 :

Les 11 questions du score Epices

N°	Questions	Oui	Non
1	Rencontrez-vous parfois un travailleur social ?	10,06	0
2	Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire ?	-11,83	0
3	Vivez-vous en couple ?	-8,28	0
4	Êtes-vous propriétaire de votre logement ?	-8,28	0
5	Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF...) ?	14,80	0
6	Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ?	-6,51	0
7	Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
8	Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ?	-7,10	0
9	Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants ?	-9,47	0
10	En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous héberger quelques jours en cas de besoin ?	-9,47	0
11	En cas de difficultés, il y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ?	-7,10	0
	Constante	75,14	

Calcul du score : chaque coefficient est ajouté à la constante si la réponse à la question est oui.

Le score Epices a été récemment transposé en milieu hospitalier parmi des sujets atteints de diabète. La mise en évidence d'une relation quantitative entre le score Epices, le non-contrôle du diabète et la survenue de microangiopathies, montre l'intérêt pronostic de cet indicateur dans des populations à haut risque.

Le score Epices pourra ainsi être utilisé par les CES pour l'identification des populations en difficulté, conjointement à la définition administrative, pour cibler plus précisément les personnes nécessitant une prise en charge particulière.

A côté de cet intérêt individuel immédiat pour mieux identifier les personnes en difficulté, le score Epices est un indicateur socio-économique qui permettra, en raison notamment de son caractère quantitatif, d'étudier les processus de précarisation et les déterminants psycho-sociaux des inégalités de santé.

Sources: Le score Epices : un score individuel de précarité.

Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes

Catherine Sass (catherine.sass@cetaf.cnamts.fr)1, Jean-Jacques Moulin1, René Guéguen1, Loïc Abric2, Virginie Dauphinot1Caroline Dupré1, Jean Pierre Giordanella3, Florence Girard4, Catherine Guenot1, Émilie Labbe1, Emilio La Rosa2, Pierre Magnier2,Édith Martin2, Bernard Royer2, Michèle Rubirola2, Laurent Gerbaud5

1-Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé, Saint-Etienne.2-Centres d'examens de santé : Auxerre, Bobigny, Dijon, Marseille, Tours, Vandoeuvre-lès-Nancy.3-Caisse primaire d'assurance maladie, Paris. 4-École de santé publique, Nancy 5Centre hospitalier universitaire de Clermont-Ferrand,in BEH n°14,avril 2006

ANNEXE 6 :

Les grands facteurs de risques à repérer chez les patients et tels qu'ils figurent dans le dossier médical du réseau ASDES sont :

- ✓ le risque cardio–vasculaire et sa prévention primaire et secondaire (syndrome X, dyslipidémie, insulino- résistance et diabète, obésité, HTA, tabac)
- ✓ le tabagisme et ses complications cardio – respiratoires et néoplasiques
- ✓ les cancers reconnus comme étant des préoccupations de santé publique et pouvant être dépistés pour une meilleure prise en charge précoce : cancer du côlon, cancer de prostate, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, mélanomes et autres cancers cutanés, cancers ORL. Les connaissances actuelles permettent le dépistage précoce de la plupart de ces pathologies.
- ✓ Les défauts de mise à jour des protocoles vaccinaux chez l'adulte
- ✓ L'alcoolisme avec ses complications métaboliques, digestives, neurologiques, psychiques, sociales
- ✓ Les toxicomanies
- ✓ Le dépistage des MST, hépatites B et C et du VIH
- ✓ Les grossesses des adolescentes, grossesses à risque et l'accès au centre de PMI
- ✓ L'accès à la contraception et au planning familial, au centre d'orthogénie
- ✓ La mauvaise prise des traitements ou la non compliance
- ✓ La polymédication et le mésusage du médicament
- ✓ Le repérage et la prise en charge de la souffrance psychique et des situations nécessitant le recours à un médecin psychiatre ou à un médecin compétent en victimologie et en consultation médico – juridique
- ✓ Le défaut d'ouverture des droits sociaux et le retard et défaut d'accès aux soins (consultations et traitements), élément fondamental à prendre en compte alors que se mettent en place la CMU et les PASS (pour lesquelles la Policlinique apparaît pionnière ; son organisation actuelle répond aux objectifs des permanences d'accès aux soins)
- ✓ Le retard dans le montage des dossiers médico-sociaux et dans les orientations qui s'en suivent (COTOREP, demande de 100%, appartement thérapeutique, aide à domicile…) par manque de compliance des personnes ou par manque de temps des professionnels nécessite également au niveau du bassin de vie un regroupement et une coordination des moyens et des actions pour faciliter là encore l'accès aux soins et aux droits des patients.

RESUME

Les inégalités sociales de santé ne sont pas en France suffisamment prises en compte dans les politiques de santé publique.

L'accès aux soins des personnes en situation de précarité reste problématique malgré les dispositifs engagés depuis la loi de 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

La médecine de premier recours occupe une place privilégiée pour la réduction des inégalités et pour l'amélioration de l'accès aux soins.

L'expérience du soin dans les dispositifs dédiés à la précarité permet aux généralistes d'ajuster au mieux l'accueil au cabinet et la pratique de ville aux problématiques des patients précarisés.

Cependant l'exercice libéral de la médecine générale, dans sa structure actuelle, n'offre pas aux médecins, des conditions suffisamment bonnes pour soigner en pratique quotidienne les patients très désocialisés.

Dans le contexte sociétal actuel, les généralistes auront à se former à la clinique psychosociale et à orienter leurs recherches vers la prise en compte des facteurs sociaux pour prévenir les risques de non-recours aux soins de leurs patients.

MOTS CLES

Précarité- Médecine générale- accès aux soins- inégalités sociales de santé- Relation médecin-malade.