



Quels sont les facteurs d'accroche aux soins primaires des personnes sans chez-soi

Marie Vermersch, Charlotte de Quillacq

► To cite this version:

Marie Vermersch, Charlotte de Quillacq. Quels sont les facteurs d'accroche aux soins primaires des personnes sans chez-soi. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02381136

HAL Id: dumas-02381136

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02381136>

Submitted on 26 Nov 2019

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.



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

Quels sont les facteurs d'accroche aux soins primaires des personnes sans chez-soi ?

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Octobre 2019

Par Madame Charlotte DE QUILLACQ

Née le 20 juillet 1990 à Paris 15^{ème} (75)

et par Madame Marie VERMERSCH

Née le 27 août 1986 à Evry (91)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Monsieur le Professeur THIRION Xavier

Assesseur

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Directrice



**Faculté des sciences
médicales et paramédicales**

Aix-Marseille Université

Quels sont les facteurs d'accroche aux soins primaires des personnes sans chez-soi ?

T H È S E E N B I N Ô M E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 9 Octobre 2019

Par Madame Charlotte DE QUILLACQ

Née le 20 juillet 1990 à Paris 15^{ème} (75)

et par Madame Marie VERMERSCH

Née le 27 août 1986 à Evry (91)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Président

Monsieur le Professeur THIRION Xavier

Assesseur

Monsieur le MCU-MG CASANOVA Ludovic

Assesseur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Directrice

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

Administrateur provisoire: Georges LEONETTI

Affaires Générales : Patrick DESSI
Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseeurs :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- DU-DIU : Véronique VITTON
- Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- Démographie Médicale et Filiation : Roland SAMBUC
- Relations Internationales : Philippe PAROLA
- Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- Communication : Laetitia DELOUIS
- Examens : Caroline MOUTTET
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FAVRE Roger
	ALDIGHERI René		FIECHI Marius
	ALESSANDRINI Pierre		FARNARIER Georges
	ALLIEZ Bernard		FIGARELLA Jacques
	AQUARON Robert		FONTES Michel
	ARGEME Maxime		FRANCOIS Georges
	ASSADOURIAN Robert		FUENTES Pierre
	AUFFRAY Jean-Pierre		GABRIEL Bernard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GALINIER Louis
	AZORIN Jean-Michel		GALLAIS Hervé
	BAILLE Yves		GAMERRE Marc
	BARDOT Jacques		GARCIN Michel
	BARDOT André		GARNIER Jean-Marc
	BERARD Pierre		GAUTHIER André
	BERGOIN Maurice		GERARD Raymond
	BERNARD Dominique		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERNARD Jean-Louis		GIUDICELLI Roger
	BERNARD Pierre-Marie		GIUDICELLI Sébastien
	BERTRAND Edmond		GOUDARD Alain
	BISSET Jean-Pierre		GOUIN François
	BLANC Bernard		GRILLO Jean-Marie
	BLANC Jean-Louis		GRISOLI François
	BOLLINI Gérard		GROULIER Pierre
	BONGRAND Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BONNEAU Henri		HASSOUN Jacques
	BONNOIT Jean		HEIM Marc
	BORY Michel		HOUEL Jean
	BOTTA Alain		HUGUET Jean-François
	BOURGEADE Augustin		JAQUET Philippe
	BOUVENOT Gilles		JAMMES Yves
	BOUYALA Jean-Marie		JOUE Paulette
	BREMOND Georges		JUHAN Claude
	BRICOT René		JUIN Pierre
	BRUNET Christian		KAPHAN Gérard
	BUREAU Henri		KASBARIAN Michel
	CAMBOULIVES Jean		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CANNONI Maurice		LACHARD Jean
	CARTOUZOU Guy		LAFFARGUE Pierre
	CAU Pierre		LAUGIER René
	CHABOT Jean-Michel		LE TREUT Yves
	CHAMLIAN Albert		LEVY Samuel
	CHARREL Michel		LOUCHET Edmond
	CHAUVEL Patrick		LOUIS René
	CHOUX Maurice		LUCIANI Jean-Marie
	CIANFARANI François		MAGALON Guy
	CLEMENT Robert		MAGNAN Jacques
	COMBALBERT André		MALLAN- MANCINI Josette
	CONTE-DEVOLX Bernard		MALMEJAC Claude
	CORRIOL Jacques		MARANINCHI Dominique
	COULANGE Christian		MARTIN Claude
	DALMAS Henri		MATTEI Jean François
	DE MICO Philippe		MERCIER Claude
	DESSEIN Alain		METGE Paul
	DELARQUE Alain		MICHOTÉY Georges
	DEVIN Robert		MILLET Yves
	DEVRED Philippe		MIRANDA François
	DJIANE Pierre		MONFORT Gérard
	DONNET Vincent		MONGES André
	DUCASSOU Jacques		MONGIN Maurice
	DUFOUR Michel		MONTIES Jean-Raoul
	DUMON Henri		NAZARIAN Serge
	ENJALBERT Alain		NICOLI René

MM NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur Sir T. MARRIE (Canada)
G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS EMERITE

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	<i>HOFFART Louis Disponibilité</i>
AZULAY Jean-Philippe	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'ERCOLE Claude	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	D'JOURNO Xavier	JOUE Jean-Luc
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	KARSENTY Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLI Michel	DENIS Danièle	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLIN Olivier	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BLONDEL Benjamin	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
<i>BOTTA/FRIDLUND Danielle Surnom</i>	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOUBLI Léon	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	<i>MATONTI Frédéric Disponibilité</i>
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MEGE Jean-Louis
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MERROT Thierry
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MEYER/DUTOIR Anne
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MICCALEF/ROLL Joëlle
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MICHEL Fabrice
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MICHEL Gérard
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICHEL Justin
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICHELET Pierre
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MILH Mathieu
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MOAL Valérie
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MONCLA Anne
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MOULIN Guy
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MOUTARDIER Vincent
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	NAUDIN Jean
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NICOLLAS Richard
CHAUMOTRE Kathia	GRANVAL Philippe	OLIVE Daniel
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	OUAFIK L'Houcine

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERTER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSON François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
 AGHABABIAN Valérie
 BELIN Pascal
 CHABANNON Christian
 CHABRIERE Eric
 FERON François
 LE COZ Pierre
 LEVASSEUR Anthony
 RANJEVA Jean-Philippe
 SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
 FILIPPI Simon

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	EBBO Mikael	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil (<i>dispo oct 2018</i>)	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAÏM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	VERNA Emeline
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

MATHIEU Marion
REVIS Joana

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
 LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
 PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
 DANIEL Laurent (PU-PH)
 FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
 GARCIA Stéphane (PU-PH)
 XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
 GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
 LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
 MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
 SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
 BRUDER Nicolas (PU-PH)
 LEONE Marc (PU-PH)
 MICHEL Fabrice (PU-PH)
 VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
 PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
 GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
 MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
 VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
 DRANCOURT Michel (PU-PH)
 FENOLLAR Florence (PU-PH)
 FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
 NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
 LA SCOLA Bernard (PU-PH)
 RAOULT Didier (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018
 DUBOURG Grégory (MCU-PH)
 GOURIET Frédérique (MCU-PH)
 NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
 NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
 LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
 DESNUES Benoît (MCF) (65ème section)
 MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
 GABERT Jean (PU-PH)
 GUIEU Régis (PU-PH)
 OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
 FROMONOT Julien (MCU-PH)
 MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
 SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
 KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
 LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH)
 BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH)
 DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
 HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH)
 THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002		GUERIN Carole (MCU PH)	
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) <i>PARRATTE Sébastien (PU-PH) Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPIANO Patrick (PU-PH)		CHIRURGIE INFANTILE 5402	
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)		GUYS Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)	
CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702		CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503	
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony PU-PH) HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)		CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)	
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)		FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)	
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103		CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004	
COLLART Frédéric (PU-PH) D'JOURNO Xavier (PU-PH) DODDOLI Christophe (PU-PH) GARIBOLDI Vlad (PU-PH) MACE Loïc (PU-PH) THOMAS Pascal (PU-PH)		CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)	
FOUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)		BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)	
CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104		GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201	
ALIMI Yves (PU-PH) AMABILE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUFI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)		BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) <i>BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) Surnombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)	
HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202		GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)	
LEPIDI Hubert (PU-PH)		GENETIQUE 4704	
<i>ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)		DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003	
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)		BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)	
DUSI		NGYUEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)	
COLSON Sébastien (MCF)		ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404	
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CUNY Thomas (MCU PH)		GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403	
EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601		AGOSTINI Aubert (PU-PH) BOUBLI Léon (PU-PH) BRETELLE Florence (PU-PH) CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH) COURBIERE Blandine (PU-PH) CRAVELLO Ludovic (PU-PH) D'ERCOLE Claude (PU-PH)	
AUQUIER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) <i>SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre</i> THIRION Xavier (PU-PH)			
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)			
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)			

IMMUNOLOGIE 4703		HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701	
KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)		BLAISE Didier (PU-PH) COSTELLO Régis (PU-PH) CHIARONI Jacques (PU-PH) GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH) MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH) VEY Norbert (PU-PH)	
FERON François (PR) (69ème section)			
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)		DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)		POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)	
		MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603	
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503		BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)	
BROUQUI Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)		TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)	
MILLION Matthieu (MCU-PH)		BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)	
MEDECINE D'URGENCE 4805			
KERBAUL François (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH)		MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905	
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301		BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)	
BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)		MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602	
EBBO Mikael (MCU-PH)		LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)	
GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)		NEPHROLOGIE 5203	
ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)		BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanne (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)	
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps) CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein) GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps) JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)			
NUTRITION 4404		NEUROCHIRURGIE 4902	
DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)		DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)	
ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)		CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)	
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)		NEUROLOGIE 4901	
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)			
CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)		ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH) FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH)	

OPHTALMOLOGIE 5502		PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904	
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONTI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>		DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)	
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501		PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803	
DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) <i>DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)		BLIN Olivier (PU-PH) <i>FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre</i> MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)	
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502		PHILOSOPHIE 17	
RANQUE Stéphane (PU-PH)		LE COZ Pierre (PR) (17ème section)	
CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)		MATHIEU Marion (MAST)	
PEDIATRIE 5401		PHYSIOLOGIE 4402	
ANDRE Nicolas (PU-PH) CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)		BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGÉON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH) TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)	
COZE Carole (MCU-PH) FABRE Alexandre (MCU-PH) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)		BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BONINI Francesca (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) <i>DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)	
PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903		RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)	
BAILLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)			
PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16			
AGHABABIAN Valérie (PR)		PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101	
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302		ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) <i>CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre</i> GREILLIER Laurent (PU PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)	
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOITRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANUEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)		MASCAUX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)	
REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802		THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804	
GAINNIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)		AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)	
HRAIECH Sami (MCU-PH)		DAUMAS Aurélie (MCU-PH)	
RHUMATOLOGIE 5001		UROLOGIE 5204	
GUIS Sandrine (PU-PH) LAFFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)		BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)	

REMERCIEMENTS COMMUNS

Madame le Professeur Stéphanie Gentile :

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse. C'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements pour l'intérêt porté à ce travail. Votre expertise en santé publique et votre implication dans les précédents travaux du Docteur JEGO seront précieux lors de la présentation de cette thèse.

Monsieur le Professeur Xavier Thirion :

Merci pour l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté de siéger dans ce jury. Nous vous remercions par ailleurs de juger ce travail. Nous aimerions vous assurer de notre respectueuse considération.

Monsieur le Docteur Ludovic Casanova :

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury. Nous accueillerons avec respect votre appréciation de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profonde reconnaissance.

Madame le Docteur Maeva Jego-Sablier :

Merci de nous avoir permis de vivre cette belle aventure. Merci d'avoir dirigé cette thèse, de nous avoir accompagnées et soutenues tout au long de ce travail. Un immense merci pour ta disponibilité (même pendant tes vacances !), ta patience et tes compétences.

A toutes les personnes interviewées qui ont accepté de répondre à nos questions, parfois maladroitement posées.

A tous les « passeurs » des structures qui ont pris le temps de nous accueillir et de nous expliquer comment fonctionnait leurs structures.





Merci à

Dad, Hum, Edouard, Hugo, Monique, Alexandra, Matthieu, Grand Mère
 Grand Père, Mamie, Les Colok', Chloé, Anne Thelene, Maure, Aurélie, Anna
 Myriam, Jeremy, Linda, Florence, Jean, Thomas, Pauline, Gréille,
 Marie D, Marie S, Cécilia, Sophie, Jeremiah, Robin, Eva, Sylvain,
 Arnaud, Lise, Achille, Marine, Ulysse, Alex, Pauline, Marie, Sami, Marianne
 Le Château en Santé, Tine, Grégo, Cam', Ananas, Mado, Sol', Nico, Clémence,
 Lyndie, Laurene, Emilie

REMERCIEMENTS DE MARIE

A Elise et Jordane, pour votre précieuse et indéfectible amitié. Je vous aime.

A Alice, BFF, best coloc, pour ta patience lors de la P1. Pour ta capacité à me divertir en toutes circonstances. Pour ton soutien permanent, depuis le début de ces études, et même avant ☺

A Dorothée, Elise, Marjorie et Laura : sans votre présence et votre soutien, rien n'aurait été possible !

A Vincent, c'est quand même toi le premier à m'avoir mis la puce à l'oreille, lors de ce fameux séjour à Barcelone ! A Julien, Romain, Michou, Tongil, Paul, Alex et Adrien bien sûr, pour avoir cru en moi dès le début et m'avoir soutenue. Et parce que vous êtes mes potos ☺

A Pauline, Estelle et Charlène, pour avoir égayé ces 6 années rémoises, et celles à venir ! On a galéré, on a pleuré, on s'est marré ... Heureusement que vous étiez là !

Aux Steinettes (Marguerite, Clémentine, Chloé), à Piseth, Matthieu, Pr STEIN, Cathy et à l'équipe de la Conception : best stage ever !

A moins que ce ne soit la PASS ? Arnaud, Jérôme, Jérémy, Thibaud, Priya, Josie, Said, Carole, Sabrina, Mathilde, Isabelle, Clémence ... Travailler à vos côtés est une des meilleures choses qui me soit arrivée. Vos convictions associées à votre professionnalisme m'ont confortée dans l'idée de poursuivre dans cette voie. J'espère travailler en étroite collaboration avec chacun d'entre vous le plus longtemps possible !

A Pauline, Alexa, Julie, mes marseillaises de Cœur, fidèles compagnes d'internat.

A Charlotte, amie et co-thésarde. Merci de m'avoir supportée, merci d'avoir pris sur toi quand je prenais mon temps alors que tu voulais avancer. Merci d'avoir enrichi cette thèse par ton ouverture d'esprit et tes réflexions « extra-normatives ». Je considère que nous avons relevé haut la main ce défi de taille !

Papi, Mamie, Papa, Maman, Simon, Hugo. Parce que « c'est la famille » et sans vous je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui !

Véronique, Vincent, Sophie, Arnould, Marie, les cousins. Votre soutien et votre tolérance ont été précieux ! Je suis très heureuse de vous avoir à mes côtés.

Antoine, mon amour, mon quotidien, ma constante. J'ai beaucoup appris sur moi à tes côtés. Tu me rends meilleure chaque jour. Merci d'avoir été patient, le meilleur est à venir !

Gabriel, mon grand garçon ... Je suis si fière de toi. Ton arrivée dans nos vies a bouleversé ma vision du monde. J'ai envie de me battre pour un monde meilleur, pour toi et ton petit frère. Je vous aime.

Sommaire

Introduction.....	3
--------------------------	----------

Partie I : Dans quel cadre s'inscrit la rencontre entre les personnes sans chez soi (PSCS) et les médecins généralistes ?.....	5
---	----------

I État du mal logement en France	5
I.1 De la personne « sans domicile fixe » à la personne « sans chez soi »	5
I.2 Les chiffres en France	8
I.3 A Marseille, qu'en est-il ?.....	9
II Un état de santé dégradé.....	10
II.1 Des personnes plus touchées	10
II.1.1 La morbidité.....	10
II.1.2 La mortalité.....	11
II.2 Des personnes moins bien soignées.....	11
II.2.1 Les barrières à l'accès aux soins	11
II.2.2 Le non-recours ou renoncement	12
II.2.3 Un système de soins français paraissant peu adapté aux populations précaires	13
III Histoire de la prise en charge des marginaux puis des PSCS.....	14
III.1 D'un système assistanciel	14
III.2 ... à une tentative de système assurantiel : la mise en place de la Sécurité sociale, ses évolutions.....	17
III.2.a La Sécurité sociale	18
III.2.b La Couverture Maladie Universelle (CMU) et la CMU-complémentaire	19
III.2.c L'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)	20
III.2.d L'Aide Médicale d'Etat (AME).....	20
III.3 ... et ses limites : le rôle intriqué des associations et de l'Etat.....	20
III.3.a Les associations	21
III.3.b Les autorités publiques	22
III.3.c Etat des lieux des dispositifs sanitaires sur Marseille	23
IV Les soins primaires et le médecin généraliste en France.....	25
IV.1 Les soins primaires en France	25
IV.2 La place du médecin généraliste dans la prise en charge des PSCS	26
IV.2.a Ses compétences.....	26
IV.2.b Son exposition à la prise en charge des PSCS	27

Partie II : L'enquête	29
------------------------------------	-----------

I Problématique et objectifs	29
I.1 Problématique.....	29
I.2 Objectifs	30
I.2.a Objectif principal	30
I.2.b Objectifs secondaires	30
II Matériel et méthode.....	30
II.1 Schéma général de l'étude	30
II.1.1 Choix de la méthode	30
II.1.2 Population / Échantillonnage.....	31
II.1.3 Modalités de recrutement.....	31
II.1.4 Modalités de recueil.....	32
II.1.5 Éthique	33
II.2 Analyse des données	33

III Résultats	34
III.1 Caractéristiques des entretiens	34
III.2 Caractéristiques de l'échantillon	35
III.3 Des compétences relationnelles au premier plan afin de :	36
III.3.a Comprendre qui je suis	36
III.3.b Entendre les difficultés que j'ai traversées	39
III.3.c Comprendre la singularité de mon rapport au temps	41
III.4 De la personne sans chez soi à la personne soignée : des attentes biomédicales au second plan	45
III.4.a Le médecin généraliste, un soignant de premier recours	45
III.4.b Le rôle d'éducation à la santé et de médecine préventive	45
III.4.c La nécessité d'une approche globale du patient	46
III.4.d La nécessité d'une approche centrée patient, des capacités relationnelles et de communication	48
III.4.e La nécessité d'une continuité et d'une coordination des soins	49
III.4.f Un besoin de professionnalisme	50
III. 5 De la théorie à la pratique, l'importance d'une démarche active de soins choisie et cohérente.....	53
III.5.a Le choix personnel et direct du médecin généraliste : l'accroche efficiente	53
III.5.b La structure comme intermédiaire : un recours passif, une accroche non adhérente, une stigmatisation.....	55
III.5.c Éclatement de la prise en charge : l'importance d'un unique interlocuteur privilégié	57
 Partie 3 : Discussion	 60
I Résultats principaux de l'étude	60
II Discussion sur les atouts et limites de cette étude	60
II.1 Échantillonnage et inclusion	60
II.2 Guide d'entretien, passation des entretiens et statut des chercheuses	61
II.3 Analyse des données	62
III Le vécu des personnes sans chez soi, une réalité qui façonne les attentes	63
III.1 Sans chez soi et précarité : l'exclusion sociale expliquant un besoin exacerbé de compétences relationnelles	63
III.2 Le rapport au temps comme norme sociale	65
III.3 Les attentes biomédicales, la relation délibérative : les marqueurs d'une inclusion sociale.	67
IV Regards croisés	69
IV.1 Mise en lien des obstacles des médecins généralistes et des attentes des PSCS.....	69
IV.2 La nécessaire adaptation de l'un à l'autre, approche sociologique	72
IV.3 L'influence des déterminants sociaux dans le soin et impact de la formation des médecins.....	73
V Choisir son médecin.....	74
V.1 Le choix et la capacité de choisir	74
V.2 La capabilité, approche structurelle.....	75
 Conclusion.....	 78
 Bibliographie.....	 79
 Annexes.....	 86

Introduction

La déclaration d'Alma-Ata établie en 1978 lors de la Conférence internationale sur les soins primaires, organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), annonçait que « les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, [étaient] politiquement, socialement et économiquement inacceptables » et ré-affirmait que « la santé [...] est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important ». Dans ce sens, elle prévoyait que « l'humanité tout entière [pourrait] accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 » (1).

Or, en 2019, force est de constater que cet objectif n'a pas été atteint, tant sur le plan international que sur le plan national. Les inégalités de santé sont toujours présentes, y compris en France, pourtant classée au 7^{ème} rang des pays les plus riches au Monde par le Fonds Monétaire International (FMI) en 2019.

La dégradation de l'état de santé des personnes sans abri est bien connue depuis plusieurs décennies et les autorités publiques françaises ont tenté de remédier à ce problème en créant divers programmes et dispositifs visant à améliorer la santé de ce public. Nous pouvons citer les Programmes Régionaux pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS), les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS), ou les Lits Halte Soins Santé (LHSS). Cependant, d'après la lettre de mission rédigée par l'ancienne ministre de la santé Madame Roselyne Bachelot en 2009, et adressée au psychiatre marseillais Docteur Vincent GIRARD, « malgré ces efforts, de l'avis de nombreux professionnels, il semble que nous ne parvenions pas suffisamment à toucher les personnes en grande précarité ». La mission confiée au médecin marseillais était d'élaborer des propositions visant à faire évoluer ces dispositifs sanitaires (2).

En réponse à cette demande, un rapport intitulé « La santé des personnes sans chez soi » a été remis quelques mois plus tard (3). Si ce rapport constitue une avancée capitale dans la compréhension des facteurs impliqués dans la dégradation de l'état de santé des populations précaires et émet des recommandations novatrices et pertinentes en termes de politique de santé publique, on peut déplorer le manque de place qui y est accordée au rôle central que pourrait jouer le médecin généraliste dans l'accueil, l'accompagnement et le soin des personnes sans chez soi.

En effet, la « définition européenne de la médecine générale – médecine de famille » établie par la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) en 2002 mentionne six compétences fondamentales dans l'exercice de la médecine générale, reprises en France par le Conseil National de Médecine Générale et organisées sous la forme de la désormais célèbre « marguerite » (4).

En outre, le serment d'Hippocrate que tout docteur en médecine est amené à prononcer au terme de sa formation, fait une large place aux notions universelles et fondamentales d'équité, de respect et de bienveillance envers toute personne, y compris vulnérable et indigente. Au regard de ces missions qui incombent au médecin généraliste, ce dernier semble être l'acteur-pivot du choix dans la prise en charge de la personne sans chez soi, à tous les égards.

Malheureusement, les faits montrent que cela n'est pas le cas. Est-ce dû à la carence croissante de professionnels sur le territoire français ? A une mauvaise organisation du système de santé ? Un problème de temps, de formation, de rémunération des médecins généralistes ? Tout cela à la fois ? Si le corpus littéraire traitant de cette question du point de vue des médecins est limité, il l'est d'autant plus du point de vue de l'autre partie, les personnes sans chez soi. Or, à l'heure où l'inclusion des « pairs » dans les prises en charge de publics spécifiques se démocratise, il est temps de rendre la parole aux principaux intéressés, les plus démunis, les exclus, ceux que l'on ne voit pas et n'écoute plus.

C'est la mission que nous nous sommes fixées (modestement et avec nos compétences balbutiantes dans la recherche qualitative) dans la continuité des travaux (et sous la direction) du Docteur Maeva JEGO-SABLIER, dont la thèse d'exercice de médecine générale intitulée « place du médecin généraliste dans la prise en charge des personnes sans chez soi » se fixait pour objectif d'étudier les représentations des médecins généralistes vis-à-vis du rôle qu'ils pourraient jouer dans le parcours de soin des personnes sans chez soi, et d'identifier les facteurs pouvant influencer ces représentations.

Il nous a alors paru intéressant de réaliser une étude « miroir » explorant les représentations et attentes de ce public spécifique envers la consultation de médecine générale, dans le but d'apporter des éléments de réponse aux freins exprimés par les professionnels des soins primaires.

Partie I : Dans quel cadre s'inscrit la rencontre entre les personnes sans chez soi (PSCS) et les médecins généralistes ?

I État du mal logement en France

I.1 De la personne « sans domicile fixe » à la personne « sans chez soi »

L'histoire a vu se succéder, au fil des siècles, un florilège de vocables censés décrire ceux qu'on appelle communément aujourd'hui les Sans Domicile Fixe (SDF) : sans abri, sans logement, exclu, clochard, vagabond, sans logis, mendiant ; mais aussi chemineau, trimardeur, nomade, sous-prolétaire.

Le terme SDF est connu depuis la fin du 19^{ème} siècle, mais son utilisation était réservée aux institutions administratives et judiciaires. Il refait surface et se répand avec la crise économique des années 1980 faisant suite aux trente glorieuses. Au 19^{ème} siècle, époque où le terme communément employé était "vagabond", c'était le fait de remettre en cause des valeurs comme la sédentarité ou le travail qui était stigmatisé. Avec la crise, le taux de chômage étant devenu considérable, la valeur "logement" est venue remplacer celle du travail.

Au 20^{ème} siècle, l'identification d'une personne passe par son adresse, donc par l'existence d'une résidence stable. A l'inverse, l'absence de logement stable suffit à définir tout un groupe social, par ailleurs très hétérogène, par le vocable SDF ; hétérogène par les origines sociales, ethniques, les trajectoires, les modes de vie ...

Le terme SDF a fini par déranger les autorités publiques qui ont alors cherché à le définir plus précisément. Ce d'autant plus que, pour évaluer l'efficacité des mesures mises en place pour pallier cette problématique (initiées par le monde associatif, financées par l'Etat), il devenait nécessaire de pouvoir dénombrer les personnes concernées. Et pour cela, il fallait pouvoir caractériser précisément ce que l'on entendait par "être sans domicile fixe".

Une des premières enquêtes sur les personnes "sans domicile" a été conduite à Paris, par l'Institut national d'études démographiques (Ined), en 1995 (5). Les critères d'inclusion étaient : « Personnes de 18 ans et plus, sans domicile ou ayant un logement mais faisant toutes appel à des centres de distribution de nourriture et repas chauds et/ou dormant la nuit dans des centres d'hébergement (urgence et

longue durée). » Notons ici que le critère principal n'est pas le logement, mais la demande de nourriture.

L'année suivante, le Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) propose une définition axée sur le rapport au logement et non sur la visibilité dans l'espace public (6), approche adoptée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) lors de son enquête en 2001 (7).

Ainsi, la définition la plus consensuelle en France à l'heure actuelle est celle de l'Insee : « les personnes sans domicile un jour donné sont toutes celles qui, la nuit précédente, ont eu recours à un service d'hébergement ou ont dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation » (7).

Cependant, il est apparu au cours du temps, grâce aux diverses enquêtes réalisées en France et à l'étranger visant une meilleure connaissance du "phénomène SDF", que cette définition était restrictive (8) car :

- elle se focalisait sur une situation à un temps T, alors qu'il apparaît que le parcours d'une personne sans chez soi ressemble plutôt à un triste "jeu de l'oie" comme le dit J. DAMON (9) ;
- elle exclut du compte les personnes ne faisant pas appel aux structures d'aide ;
- elle ne prend pas en compte les personnes en situation de mal-logement et à risque de le perdre, ignorant de fait toute la dynamique de la problématique du mal-logement.

Ceci est extrêmement bien exprimé par F. CLANCHE : « (...) mettre en lumière d'une part, le continuum de situations qui existent entre les personnes « avec » et « sans » logement et, d'autre part, la rapidité et la fréquence des passages, pour une même personne, entre les situations de logement et de non logement, dans un sens comme dans l'autre » (10).

En 2005, la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri) a alors créé la grille European Typology of Homelessness and hOusing ExcluSion (ETHOS) (annexe 1), afin d'élargir la définition du mal-logement et de l'harmoniser au niveau européen.

Son originalité tient du fait que le logement est désormais conceptualisé par l'interrelation de 3 domaines :

- le domaine physique : avoir une habitation adéquate ;
- le domaine social : avoir un lieu de vie privé permettant d'entretenir des relations sociales ;
- et le domaine légal : posséder un titre légal d'habitation.

Ainsi, le logement n'est plus appréhendé de façon binaire : avoir un toit ou non, avoir un abri ou non. Il s'agit plutôt d'étendre la problématique à la notion d' « exclusion liée au logement », plus proche des parcours et situations de vie des populations concernées.

Ce nouveau concept d'exclusion liée au logement défini par ces trois domaines, physique, social et légal permet de définir quatre catégories distinctes :

- être sans abri,
- être sans logement,
- être en situation de logement précaire,
- être en situation de logement inadéquat.

Les deux dernières catégories n'étaient pas prises en compte dans la définition de l'INSEE.

Quant au terme « sans chez soi », il est apparu pour la première fois en France en 2007 dans la Conférence de consensus « Sortir de la rue » (8) commandée par la Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réadaptation Sociale (FNARS) suite à l'hiver 2006-2007 et les « tentes du canal Saint Martin ». Il part du constat qu'aucun terme français n'arrive à définir intégralement le phénomène étudié et qu'une réflexion sur la nomenclature est devenue nécessaire, afin de ne plus biaiser les recherches et prendre le risque d'omettre une partie de la population concernée. Les auteurs se mettent alors d'accord sur le terme « chez soi », dans la mesure où « [il] ne se limite pas seulement à un statut juridique et une forme matérielle [...], mais renvoie à tout ce que permet « un logis », à la garantie sociale et personnelle qu'il octroie ».

Ce terme a ensuite été repris deux ans plus tard dans le rapport remis à Roselyne Bachelot (3), reconnaissant qu'il avait fait débat, mais justifiant le choix de son utilisation par la volonté de s'inscrire dans la continuité de la Conférence de consensus citée plus haut.

Il a également été repris conjointement en 2016 par les ministères des Affaires sociales, de la Santé et du Logement d'une part, et de l'Habitat durable d'autre part, lors de la publication du décret visant à généraliser le dispositif « Un chez soi d'abord », adaptation française du « Housing First » (11).

Par ailleurs, il est employé dans le PRAPS (Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins) Provence Alpes Côte d'Azur 2018-2023 (12).

Enfin, il commence à faire son apparition dans des études, à l'instar de celles du Docteur JEGO (13).

Ainsi, notre étude s'inscrivant dans la continuité de ces travaux, il nous a paru légitime de reprendre ce terme de “personne sans chez soi”, que nous entendrons donc comme toute personne se trouvant en situation d'exclusion liée au logement, au sens de la grille ETHOS.

I.2 Les chiffres en France

Les tentatives de dénombrement des personnes sans domicile et/ou sans abri en France ont été nombreuses depuis les années 1990. Cependant, comme nous l'avons évoqué dans cette première partie, les définitions et populations étudiées varient fortement d'une enquête à une autre et il est difficile de proposer un chiffre qui s'avérerait suffisamment proche de la réalité.

L'enquête “Sans domicile 2012” menée par l'Insee fait état de 141 500 personnes sans domicile, soit un chiffre en augmentation de 50% depuis la précédente enquête en 2001, augmentation corroborée par la saturation des centres d'hébergement dont le nombre de places est pourtant en augmentation constante.

Un quart d'entre eux sont jeunes (18-29 ans) et près de 40% sont des femmes. Un quart des sans domicile est accompagné d'enfant(s). Toutefois, les femmes, avec ou sans enfant(s), “bénéficient” de conditions d'hébergement plus stables (14).

Une fois de plus, il est important de signaler que ce chiffre est très probablement sous-estimé, puisque le recrutement ne s'est fait qu'à partir des structures d'aide, que tous les SDF ne fréquentent pas forcément.

Par ailleurs, les conditions de l'enquête de l'Insee ne permettent pas d'obtenir des informations sur les demandeurs d'asile. Selon la Cimade, au 1^{er} janvier 2019, la

France disposait de 102 650 places dédiées aux demandeurs d'asile (42 500 en Centre d'Accueil pour Demandeurs d'Asile, 34 000 en Hébergement d'Urgence pour Demandeurs d'Asile et 26 150 au sein d'autres dispositifs) pour 140 000 demandes d'asile en cours d'instance en décembre 2018. Ceci représenterait potentiellement 40 000 personnes non logées supplémentaires.

Le 24^{ème} rapport sur l'état du mal-logement en France de la Fondation Abbé Pierre paru en février 2019 annonce 4 millions de personnes mal-logées (soit près de 6% de la population française), auxquelles s'ajoutent 12 millions de personnes fragilisées par rapport au logement, donc potentiellement mal-logées dans un avenir proche (15). Malheureusement, nous n'avons pas trouvé de chiffres s'appuyant sur la catégorisation ETHOS en France.

I.3 A Marseille, qu'en est-il ?

En 2016, le taux de pauvreté dans les Bouches du Rhône s'élevait à 18%. Il était estimé à 26,3% à Marseille, la moyenne nationale se situant à 14% (16).

En 2019, Marseille a vu deux de ses quartiers placés dans les dix quartiers les plus pauvres de France (Pyat Auphan, 3^{ème} arrondissement et Zoccolat, 15^{ème} arrondissement) selon l'Observatoire des Inégalités (17).

La question du mal-logement à Marseille se passe de commentaires lorsque l'on considère le drame qui a touché la rue d'Aubagne le 03 novembre dernier.

En 2016, le nombre de sans abri à Marseille a été estimé à environ 14000 personnes. Par « sans abri » était entendu « toute personne s'étant retrouvée au moins une fois en situation d'être sans abri dans l'urgence et ayant accédé à un lieu d'accueil ou de soin dédié ». On note ainsi une augmentation de 2000 personnes (soit 14%) de plus en 5 ans (18).

Quel que soit le chiffre de personnes sans chez soi en valeur absolue, toutes les études convergent vers ce triste constat : nous n'arrivons pas à endiguer, en France, le flux de personnes vers la rue. Les chiffres s'accroissent et on compte parmi les personnes sans chez soi de plus en plus de jeunes et de femmes, parfois accompagnées d'enfants.

Marseille s'avère être une ville particulièrement touchée par la pauvreté et l'exclusion liée au logement.

II Un état de santé dégradé

II.1 Des personnes plus touchées

La dégradation de l'état de santé des personnes sans chez soi est reconnue depuis les années 1985-1987, grâce aux travaux des missions France de Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières, suivis du rapport du père WRESINSKI sur la précarité et ses déterminants (19).

II.1.1 La morbidité

En France, les données épidémiologiques concernant la morbidité des personnes sans chez soi sont à interpréter avec réserve pour deux raisons principales :

- ces études n'incluent que les usagers des dispositifs d'aide ;
- elles sont réalisées dans les dispensaires de soins, que seules les personnes malades consultent.

Pour pallier ce dernier biais et compléter les données, les études interrogeant les personnes usagères de centres d'hébergement ou de distributions gratuites sont informatives. En 2012, une enquête de l'Insee révèle que seuls 55% des sans domicile interrogés considèrent que leur état de santé est bon à très bon, pour une moyenne d'âge à 40 ans. Ils sont 23% à se considérer en mauvaise ou très mauvaise santé (20).

Par ailleurs, en 2016, la statisticienne N. BLANPAIN écrivait qu'entre 2009 et 2013, l'espérance de vie sans incapacité d'un cadre masculin de 35 ans pouvait atteindre 34 ans contre seulement 24 ans pour un ouvrier de même sexe (21).

Sur le plan somatique, les personnes sans chez soi sont exposées :

- à un risque accru d'infections telles que la tuberculose, l'infection au VIH et à l'hépatite C (22,23). En 2006, le taux de déclaration de tuberculose chez les personnes sans domicile fixe (qui représentent 3,1% des cas) est 20 fois supérieur à celui de la population française prise dans son ensemble (24) ;
- à un moins bon contrôle des pathologies hypertensive et diabétique, bien que leur taux reste similaire à celui de la population générale (25,26) ;

- aux blessures aiguës et séquelles d'accidents graves (27,28), dont les traumatismes crâniens pouvant atteindre des taux de 8 à 53% selon les études chez ces patients (29).

Sur le plan de la santé mentale, l'étude SAMENTA réalisée en Ile de France en 2010 a montré qu'environ un tiers des personnes sans domicile rencontrées souffrent d'au moins un trouble psychiatrique sévère (13% de troubles psychotiques, 7% de troubles sévères de l'humeur, 12% de troubles anxieux).

Il est également ressorti de ce rapport que 22% des personnes sans logement déclarent avoir tenté de se suicider au moins une fois au cours de leur vie.

La prévalence des addictions était également plus importante dans la population étudiée : la consommation régulière ou la dépendance à des substances psychoactives concernaient plus d'un quart de l'échantillon (30).

II.1.2 La mortalité

En termes de mortalité, le certificat de décès n'incluant pas de case « personne sans chez soi », les données sont là aussi incomplètes. Il y a donc un consensus dans la littérature sur le fait que les données épidémiologiques concernant les PSCS sont significativement sous-estimées (31–33). En Europe, les études réalisées au cours des vingt dernières années ont montré que les taux de mortalité des sans abri étaient de 3 à 13 fois plus élevés que ceux de la population générale (34).

Ces données entrent en résonance avec les données rapportées par une étude réalisée par le collectif « Les Morts de la Rue » : en 2017, l'âge moyen de décès des personnes SDF signalées est de 50,6 ans (35).

II.2 Des personnes moins bien soignées

II.2.1 Les barrières à l'accès aux soins

Parallèlement au constat de l'existence d'inégalités sociales de santé dans la deuxième partie des années 1980, les déterminants de ces inégalités ont été étudiés, en particulier les barrières à l'accès aux soins. Il s'agit principalement :

- de la méconnaissance des dispositifs d'aide ; ainsi, près d'un bénéficiaire potentiel sur 5 n'en faisait pas la demande en 2009 (36) ;

- de la complexité et de la lenteur des démarches administratives visant à acquérir un dispositif d'aide. Notons par ailleurs les refus fréquents pour incomplétude du dossier, d'autant plus dans les cas de mauvaises maitrises du français. En pratique, il s'avère souvent nécessaire d'être aidé par un travailleur socio-éducatif ;

- de l'expiration des droits : par manque d'information ou par oubli, en ne renouvelant pas son dossier d'Aide Médicale d'Etat (AME) ou Couverture Maladie Universelle (CMU)-complémentaire. Le temps de reconstituer un dossier, les personnes se retrouvent sans couverture sociale pendant un laps de temps plus ou moins long ;

- de la perte ou du vol des papiers engendrés par les difficultés de la vie dans la rue ou dans les centres d'hébergement ;

- de contraintes géographiques/territoriales : peu de médecins s'installent là où se trouvent les populations précaires ; par ailleurs les personnes sans chez soi n'ont souvent pas de moyen de locomotion personnel, ni les moyens de payer les transports en commun ; concernant les bénéficiaires de l'AME, leur situation irrégulière peut s'avérer préjudiciable (37).

II.2.2 Le non-recours ou renoncement

En dehors de ces barrières d'ordre pragmatique, de nombreuses études soulignent le non-recours aux soins des personnes sans chez soi.

L'ODENORE (l'Observatoire des non-recours aux droits et aux services) le définit comme concernant « des personnes qui, en tout état de cause, ne s'adressent pas aux services pour faire valoir les droits économiques et sociaux auxquels elles peuvent prétendre ». Cela s'explique par des déterminants psycho-socio-anthropologiques, tels que l'« anesthésie corporelle » décrite par J. FURTOS (38), que nous préciserons dans la discussion.

Il est important de signaler également les discriminations de la part des agents d'accueil et administratifs, ainsi que les refus d'accès aux soins de la part des professionnels de la santé. Une enquête réalisée en 2009 à Paris rapporte les taux de refus pour les patients bénéficiaires de la CMU : 32% pour les dentistes, 19%

pour les généralistes (9% en secteur 1 et 33% en secteur 2), 31% pour les ophtalmologues, 38% pour les gynécologues (17% en secteur 1 et 40% en secteur 2), 5% pour les radiologues (39). Ce refus serait probablement plus important encore pour les bénéficiaires de l'AME. Ce refus de soins peut par ailleurs prendre des formes différentes, plus insidieuses. Selon les auditions réalisées et les témoignages existant dans la littérature à ce sujet, les personnes précaires sont moins bien accueillies et moins bien examinées par les professionnels de santé. Par exemple, dans les Services d'Accueil des Urgences, l'examen clinique, quand il a été pratiqué, est sommaire. Les hospitalisations suivant l'admission sont moins fréquentes, même lorsqu'elles apparaissent justifiées (3).

Finalement, tout ceci peut conduire les personnes discriminées à perdre la confiance qu'elles avaient dans le système de soins et les soignants, constituant une raison supplémentaire de renoncement aux soins.

On peut toutefois nuancer cette notion de "non-recours". En 2008, E. GARDELLA, A. LAPORTE et E. LE MENER publiaient un article décrivant une diversité de types de recours aux soins : des recours préventifs pour "conserver ou regagner un capital santé", des recours curatifs "grâce à des savoir-faire actualisés" et des recours tardifs, voire des non-recours aux soins (40).

Ainsi, focaliser sur le non-recours aux soins, ce serait écarter une part de la diversité de ces recours.

II.2.3 Un système de soins français paraissant peu adapté aux populations précaires

La plupart des associations socio-sanitaires dénoncent depuis quelques années une « logique marchande » du soin en France (suite à la mise en place des franchises médicales en 2008 par exemple) (41).

Les auteurs du rapport « La santé des personnes sans chez soi » (3) vont dans ce sens, et précisent encore cette critique. Selon eux, le système de santé français est conçu sur un « modèle biomédical curatif » dont « l'accessibilité, aléatoire et d'ordre consumériste, se révèle inadaptée » aux PSCS, dans la mesure où les représentations de la maladie et des soins sont socialement acquises.

Les recherches du groupe Prospere semblent aller dans ce sens. Il s'agit d'une équipe pluridisciplinaire de recherche dont le but principal est la transformation des soins ambulatoires en France. Pour ses chercheurs, l'organisation du système de soins français repose en partie sur le système assurantiel, comme nous le verrons dans le chapitre suivant (la Sécurité sociale protège les actifs qui cotisent). Ainsi, nos médecins ambulatoires n'auraient « pas eu de mission orientée vers la population générale ». Par ailleurs, la réforme des ordonnances Debré de 1958 met l'accent sur la biomédecine et les avancées technologiques en Centre Hospitalier Universitaire (CHU), reléguant au second plan la médecine clinique centrée sur le patient (42).

Enfin, V. GIRARD et al ajoutent que le système de soins est « basé sur une offre de services fragmentée » alors que des études auraient tendance à montrer que le « guichet unique » serait plus adapté à ce type de population (3).

III Histoire de la prise en charge des marginaux puis des PSCS

III.1 D'un système assistanciel ...

Dans cette partie, nous situerons notre sujet d'étude à travers l'histoire, en France, depuis le Moyen Âge. Nous aborderons quels ont été les différents dispositifs mis en place au cours de l'histoire envers les personnes appelées au cours du temps mendiants, vagabonds, clochards, SDF, sans chez soi.

Du Moyen Âge au 16^{ème} siècle, A. GUESLIN décrit une mutation de la place des vagabonds en trois temps : la célébration, la transition vers la répression et la marche vers la diabolisation (43).

Il explique ainsi qu'au début du Moyen Âge, le pauvre est célébré. La société alors profondément religieuse considère l'aumône comme une démarche de conquête du salut. Le concile de Tours de 570 énonce le commandement suivant « que chaque cité selon ses ressources nourrisse ses pauvres et ses infirmes [...] » (3). Les abbayes jouent alors le plus grand rôle en matière d'assistance. Elles se transforment, en cas de crise, en asile pour les vagabonds.

Aux 12^{ème} et 13^{ème} siècles, elles sont relayées par des œuvres de bienfaisance dont l'hôpital devient l'emblème. L'hôpital est alors « spécifiquement voué au secours des

« pauvres » et des « asociaux indigents » ». Il est même qualifié de « seigneurie du pauvre » (44).

Les malades y sont accueillis en raison de leur pauvreté et non pas de leur état de santé. Les personnes ayant des ressources financières et de la famille pouvant les accueillir se font soigner chez eux, par leur proches, et bénéficient du privilège de mourir dans leur lit. L'hôpital est alors la solution de dernier recours.

Au 14^{ème} siècle, une organisation rationnelle de l'assistance émerge. La sélection des bénéficiaires devient plus rigoureuse, introduisant une distinction plus marquée entre les « pauvres méritants » et les « mauvais pauvres » (44). Cela peut être relié aux conséquences de la peste noire. On assiste à une augmentation de la pauvreté, un exode vers les villes et une crise de la spiritualité.

Puis, les hôpitaux, pillés pendant la guerre de 100 ans, ne parviennent plus à répondre à la hauteur de la demande. Le pouvoir royal et les différents corps de la société contribuent progressivement à leur fonctionnement, qui se laïcise peu à peu (44).

Dans le même temps, le vagabondage est de plus en plus stigmatisé. La divagation engendre la peur de la contagion, notamment à la suite de la peste noire. L'historien Jean Delumeau soutient que c'était le moyen de rendre l'inexplicable compréhensible et de trouver des individus responsables des péchés ayant provoqué la colère divine (45). Progressivement s'installent la hantise de l'insécurité, l'idée que la mendicité est une charge sur le plan économique, la crainte de la fausse pauvreté. La répression de la pauvreté est en train de se profiler.

Petit à petit, le pouvoir royal régleme vagabondage et mendicité. Une ordonnance du roi Jean le Bon de 1351 est considérée comme le point de départ de la législation anti vagabondage : « [...] aucune personne, hommes et femmes, sains de leur corps et membres, soient et demeurent oiseux en tavernes et autre part, ou qu'ils vident la ville dedans trois jours. Faute par eux d'obtempérer à cet ordre, ils seront mis en prison au pain et à l'eau ; puis, en cas de récidive, mis au pilori, et, à la tierce fois, signés au front au fer chaud, puis bannis » (43).

Sous le règne de Louis XI, la politique devient répressive à l'égard des vagabonds et mendiants valides.

Le 16^{ème} siècle est un grand tournant avec de profondes mutations culturelles et une laïcisation de la société.

La prégnance du calvinisme influence les perceptions de la richesse, alors considérée comme une élection divine, et la pauvreté apparentée à une damnation. De concert, le capitalisme participe à la valorisation du travail. Ce changement idéologique appuie la discrimination envers les pauvres et les vagabonds : « Ces hommes et ces femmes sont désormais perçus comme une tare et il paraît légitime de les punir » (43). La Renaissance a dépouillé "la misère de sa positivité mystique" dit Foucault (46).

Différentes politiques de contrôle sont mises en place, qui connaissent leur apogée à la fin du 17^{ème} siècle avec celle désignée de « grand renfermement » : l' « Hôpital général pour le renfermement des pauvres mendiants de la ville et faubourgs de Paris » est créé en 1656 par édit du Roi et l'expérience sera généralisée vingt ans plus tard dans chaque ville du royaume (44). L'hôpital joue alors un rôle de contrôle social. Il permet de protéger la société contre d'éventuelles révoltes des classes pauvres en échange de la distribution de vivres et d'un hébergement.

Avec l'arrivée des Lumières, un mouvement contestataire voit progressivement le jour. Les économistes affirment que l'enfermement des pauvres et le travail forcé les maintiennent dans la pauvreté. Les humanistes dénoncent des conditions de vie indignes.

On désire maintenant que l'hôpital ne s'adresse qu'aux personnes malades : « Pour la première fois, dans le monde chrétien, la maladie se trouve isolée de la pauvreté et de toutes figures de la misère » (46). Autrement dit « Pour la philosophie des Lumières et l'idéologie révolutionnaire, il est évident qu'une société régie par la raison et la science éradiquera la misère et la maladie : l'hôpital-hospice, hideux miroir de toutes les plaies sociales de l'Ancien Régime, doit donc disparaître » (47).

Durant les siècles suivants, la fonction hospitalière se transforme grâce aux progrès de la médecine, la profession de médecin émerge. En 1958, la réforme Robert Debré crée le temps plein hospitalier et le centre hospitalo-universitaire. Le rôle de ce dernier est alors le soin, l'enseignement et la recherche. Sa mission d'assistance sociale est parallèlement écartée (44).

Finalement, s'opère une mutation que les historiens et anthropologues appellent le passage d'un système d'assistance à un système d'assurances (48).

Ainsi, jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, les politiques sociales relevaient :

- de la bienfaisance destinée aux indigents (avec un rôle important joué par l'Eglise) ;
- de l'assistance mise en place par l'État (réservée aux individus dans l'incapacité de travailler (mères seules avec des enfants, invalides, vieillards)).

Des lois d'assistances publiques sont ensuite mises en place :

- Loi du 15 juillet 1893 sur l'Assistance Médicale Gratuite ;
- Loi des 27 et 30 juin 1904 sur les enfants assistés ;
- Loi du 14 juillet 1905 sur les vieillards, les infirmes et les incurables.

Parallèlement, l'idée de l'assurance sociale s'impose comme une technique de protection sociale performante pour les salariés, dont le nombre croît dans le contexte de révolution industrielle.

Sous la III^{ème} République, plusieurs lois tenteront de mettre en place un système de Sécurité sociale unique, sans succès : loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail ; loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes ; loi du 1^{er} juillet 1930 sur les assurances sociales obligatoires ; loi du 1^{er} mars 1932 sur les allocations familiales (48). Mais ce n'est qu'au lendemain de la seconde guerre mondiale que ce système va s'imposer comme mode privilégié d'organisation.

III.2 ... à une tentative de système assurantiel : la mise en place de la Sécurité sociale, ses évolutions ...

La Sécurité sociale se construit par opposition à l'assistance sociale : « L'opinion selon laquelle les assurances sociales doivent rendre inutiles les institutions d'assistance est majoritaire dès le tournant du siècle, et s'est définitivement imposée à la fin de la guerre » (48).

Comprendre sa mise en place, ses objectifs et ses valeurs permet de comprendre les modifications qui vont marquer son évolution et son rôle dans la prise en charge des PSCS aujourd'hui.

III.2.a La Sécurité sociale

Si certaines assurances sociales avaient déjà vu le jour pour les travailleurs avant 1945, la création de la Sécurité sociale est un tournant majeur dans l'histoire du système de santé français.

Les ordonnances des 4 (relatives à l'organisation de la Sécurité sociale) et 19 octobre 1945 (relatives aux prestations de la Sécurité sociale) créent le système de Sécurité sociale.

La Sécurité sociale s'adresse alors aux travailleurs, avec un dessein majeur : « débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain » (49).

Elle est fondée sur les cotisations et les prélèvements sur salaire, c'est-à-dire sur une pratique assurantielle qui se rapproche du modèle Bismarckien.

Ce système possède les caractéristiques suivantes :

- c'est une couverture principalement pour les travailleurs (et leur famille) ;
- les cotisations sociales sont payées par les employeurs et par les salariés, et constituent l'essentiel des sources de financement de ce système ;
- il est organisé dans des caisses plus ou moins autonomes de l'Etat (50).

Cependant, la Sécurité sociale a également pour vocation d'assurer les "3 U" : Universalité, Unité, Uniformité. Elle est en cela aussi influencée par le modèle « Beveridgien » (système assistanciel), c'est-à-dire un système qui couvre l'ensemble de la population. Ce type de système délivre des prestations universelles ou soumises à des conditions de ressource et est principalement financé par l'impôt. Le système est alors une partie intégrante de l'Etat géré par le gouvernement et les fonctionnaires (50).

La Sécurité sociale est ainsi généralisée à tous les résidents (et non aux seuls salariés) du territoire français 33 ans plus tard, le 02 janvier 1978.

Deux modèles influencent la création de la Sécurité sociale française, répondant à deux exigences différentes : le maintien du revenu des travailleurs (modèle bismarckien) ou la lutte contre la pauvreté (modèle beveridgien).

Cependant, on constate rapidement que l'équilibre entre ces deux courants n'est pas trouvé, de nombreuses personnes étant exclues du système de la Sécurité sociale. Viennent donc s'ajouter d'autres dispositifs financés par l'impôt, et non par un système assurantiel.

III.2.b La Couverture Maladie Universelle (CMU) et la CMU-complémentaire

La loi 99-641 du 27 juillet 1999 instaure la Couverture Maladie Universelle. Rappelons qu'elle ne généralisait pas la Sécurité sociale, puisque cela avait été fait en 1978, mais qu'elle créait la complémentaire gratuite pour les plus pauvres : CMU complémentaire (CMU-c), destinée à couvrir la part non prise en charge par la Sécurité sociale, pour les personnes ne pouvant pas souscrire une mutuelle.

Pendant près de 20 ans, le terme CMU a équivalu à la part obligatoire de l'assurance maladie, et la CMU-c à la part complémentaire (mutuelle). En janvier 2016, la CMU est remplacée par la Protection Universelle Maladie (PUMa). Dans la mesure où toute personne travaillant et/ou résidant en France de manière stable et régulière bénéficiait de la prise en charge de la majeure partie de ses frais de santé depuis 1978, il était logique d'utiliser un seul terme pour une seule réalité (la PUMa, équivalant à la part obligatoire de l'Assurance Maladie). En effet, il n'y avait aucune raison de distinguer la CMU, du régime de base.

En outre, la création de la PUMa a simplifié les démarches administratives des citoyens : aucun justificatif n'est demandé pour en bénéficier, les droits restent ouverts même à l'occasion de la perte d'un emploi.

Ainsi, à ce jour, on ne parle plus que de la CMU-c. Ses conditions d'attribution sont :

- résidence régulière en France (nationalité française, titre de séjour obtenu ou demande en cours d'examen) ;
- résidence stable en France (ininterrompue depuis plus de 3 mois) ;
- conditions de ressources : plafond de ressources maximal fixé à 8 951 € par an, pour une personne seule, au 1er avril 2019.

Depuis cette même date, son renouvellement est automatique pour les bénéficiaires du RSA. Pour les autres, elle est attribuée pour un an et doit être renouvelée annuellement.

Cependant, l'attribution de la CMU-c étant soumise à des conditions de ressources avec plafond, cela a créé un effet seuil, motivant en 2005 la création de l'Aide à la Complémentaire Santé.

III.2.c L'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS)

Celle-ci se présente sous la forme d'un chèque annuel d'un montant variant de 100 à 550 euros selon l'âge, visant à financer tout ou partie de la souscription d'une complémentaire santé.

L'ACS permet une dispense totale d'avance des frais et l'exonération de la participation forfaitaire de 1€.

Le plafond est fixé à 12084 € en métropole pour une personne vivant seule et de manière stable depuis plus de trois mois sur le territoire français.

III.2.d L'Aide Médicale d'Etat (AME)

Afin de comprendre la genèse de l'AME, il est nécessaire de remonter au 15 juillet 1893, date de création de l'Assistance Médicale Gratuite (AMG). Celle-ci permettait aux malades les plus pauvres, sous la III^{ème} République, de bénéficier de la gratuité des soins de santé.

En 1983, dans le cadre des lois de décentralisation, cette mesure est transférée au département et devient alors l'Aide Médicale Départementale (AMD). Jusqu'en 1993, ni la Sécurité sociale ni l'AMD ne restreignaient leur accès à des conditions de régularité de séjour.

En 1993, la loi Pasqua relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers, introduit cette condition pour l'attribution de la Sécurité sociale. Les étrangers en situation irrégulière n'ont alors pas d'autre choix que de se tourner vers l'AMD.

En 1999 comme nous l'avons vu, la CMU est créée et supprime l'AMD, mais ses conditions d'attribution conservent le caractère restrictif de la régularité de séjour.

Ainsi, l'AMD devient indirectement l'AME, dont les conditions d'attribution ne reposent finalement que sur le critère d'irrégularité de séjour.

III.3 ... et ses limites : le rôle intriqué des associations et de l'Etat

Malgré la mise en place de ces dispositifs, l'écart persiste entre égalité en droit et égalité de fait. Les droits sociaux ne suffisent pas à éradiquer la pauvreté. Alors que l'action des associations devait alerter l'Etat et être temporaire, elle s'est pérennisée

pour pallier ce constat. Les associations et structures étatiques se trouvent progressivement intriquées dans la prise en charge de la précarité : les premières faisant remonter des rapports de terrain, les secondes légiférant et mettant en place des subventions.

III.3.a Les associations

Les premières organisations humanitaires en France sont apparues dans les années 1950, avec le Mouvement Emmaüs (Abbé Pierre) et ATD Quart Monde (père Joseph WRESINSKI), mais celles-ci n'étaient pas encore orientées vers le soin. Il a fallu attendre les années 1980 pour que des organisations humanitaires ciblées sur la santé à l'international créent respectivement une "Mission France" et une "Mission Solidarité France" : Médecins du Monde (MdM) et Médecins sans Frontières (MSF), pour ne citer qu'eux. Diverses actions sont alors mises en place pour faciliter l'accès aux soins pour tous : d'abord consultations médico-psycho-sociales gratuites et sans RDV, puis actions mobiles de proximité afin de toucher les plus exclus, ceux qui ne se déplaçaient plus... Ces missions devaient être provisoires mais aujourd'hui, il s'avère que les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) de MdM tiennent encore une place prépondérante dans l'accès aux soins des plus démunis. En 1993, Xavier Emmanuelli crée le Samu social et ses maraudes (mais des actions mobiles de proximité avaient déjà été instaurées par MdM), pour "Aller à la rencontre de ceux qui restent en dehors du système d'hébergement et de soins" (51).

Parallèlement, en 1987 le père WRESINSKI propose une définition de la précarité : "La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins grave et définitive. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible." Celle-ci a été reprise par les Nations Unies et fait actuellement consensus. Elle a permis d'ouvrir le champ des discussions autour des déterminants sociaux de la santé, donc des inégalités sociales de santé (52).

Cette prise de conscience et les initiatives lancées par les organisations non gouvernementales ont permis d'alerter les pouvoirs publics.

III.3.b Les autorités publiques

En 1987, à la demande de Philippe Séguin (alors ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi), paraît le rapport Revol-Strohl, premier rapport institutionnel à proclamer la nécessité de lutter contre la précarité des exclus du système de santé, en misant sur leur accès aux soins (53).

S'en sont alors suivies :

- la Loi 88-1088 du 1^{er} décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion et relative à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et professionnelle ;
- la parution du rapport "La santé en France" en 1994 du HCSP (Haut Comité de la Santé Publique), qui insistait sur les inégalités sociales de santé, s'inscrivant dans la continuité du rapport du père Wresinski ;
- la publication du rapport Lazarus et Strohl en 1995, intitulé "Une souffrance qu'on ne peut plus cacher" ;
- la loi 98-657 du 29 juillet 1988 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions, qui se fixe deux chevaux de bataille : le traitement des exclusions et l'accès aux droits fondamentaux.

Cette dernière a notamment permis la généralisation des PASS à l'ensemble des hôpitaux publics, qui avaient vu le jour quelques années plus tôt à l'échelle locale. Elle a également créé les PRAPS, dont le but est d'inciter les différents acteurs impliqués dans la question de la santé des plus vulnérables à s'allier pour mettre en place des stratégies d'amélioration de ce paramètre (associations locales, institutions publiques, mutuelles, organismes d'assurance maladie ...).

- la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires) en 2009 met en place des mesures visant à lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins (déserts médicaux) et sanctionnent le refus de soins des professionnels de santé.

III.3.c Etat des lieux des dispositifs sanitaires sur Marseille

A la diversité des structures visant à pallier la double problématique de l'accès et du non-recours aux soins (gouvernementales ou non gouvernementales), s'ajoutent des associations locales variables selon les villes. Ceci peut rendre l'offre de soins illisible, tant pour les usagers que pour les acteurs impliqués.

A Marseille, le projet ASSAb (Accès aux Soins des personnes Sans Abri) a édité en janvier 2019 un récapitulatif des structures impliquées dans la prise en charge des personnes sans chez soi, tant sur le plan de l'hébergement que sur celui de la santé.

- *Les structures médicales*

Les PASS : les PASS Rimbaud (adultes, à la Timone) et les PASS mère-enfant de la Timone et de l'Hôpital Nord sont les seules à proposer, en plus des consultations sociales, des consultations médicales. Ces structures sont réservées aux personnes sans droits ouverts ;

Le CASO de Médecins du Monde propose des consultations sans RDV les lundi-mercredi-vendredi de 09h à 11h (sans droits ouverts)

Le Point Santé de l'Hôpital Saint Joseph, le jeudi de 08h30 à 11h, pour les personnes avec ou sans droits ouverts.

- *Les structures de prévention/promotion de la santé*

Le Centre d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie (CESAM) 13 propose un bilan de santé complet et gratuit pour les personnes âgées de 15 ans et plus, sur RDV.

Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT) propose des actions de prévention, de dépistage, de vaccinations et un accès aux traitements si nécessaire ciblés sur la tuberculose.

Les Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) des Infections Sexuellement Transmissibles (Saint Adrien, la Joliette, le Spot Longchamp) proposent des actions de prévention, dépistage, des vaccinations et un accès à certains traitements ciblés sur les infections sexuellement transmissibles.

Citons également le **centre de vaccination municipal**, le **planning familial 13**, les **PMI**, le **Comède** et **Image Santé**.

- *Les équipes mobiles :*

L'équipe MARSS (Mouvement et Action pour le Rétablissement Sanitaire et Social) assure des tournées régulières ciblant les personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques sévères, éloignées du système de soin. Leur action repose sur le modèle du "aller vers", dans le but de permettre l'accès aux soins, l'accompagnement médico-social et *in fine* le rétablissement.

L'EMLPP (Equipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité), dépendante du Centre Hospitalier Edouard Toulouse, poursuit les mêmes buts que l'équipe MARSS, à la différence qu'elle effectue ses missions au sein des structures d'accueil social et d'hébergement rattachées à l'aire géographique du CH Edouard Toulouse.

Citons par ailleurs l'équipe ULICE, l'équipe mobile de l'ADJ Consolat, la mission bidonville de Médecins du Monde ...

- *Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) / Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction pour Usagers de Drogue (CAARUD) :*

Il en existe une dizaine sur Marseille, dont l'action est centrée sur les conduites addictives (repérage, accompagnement, réduction des risques, aide au sevrage ...).

- *Les LHSS, LAM et ACT :*

Il existe 128 places de **LHSS** dans toute la région PACA, dont 45 à Marseille. Il s'agit de structures médico-sociales réservées aux personnes sans chez soi dont l'état de santé nécessite des soins réguliers, sans justifier une hospitalisation, mais temporaires.

Les **LAM** (Lits d'Accueil Médicalisés) ont été créés secondairement, lorsqu'il s'est avéré que certaines personnes admises en LHSS occupaient ceux-ci de façon prolongée du fait d'une maladie chronique. Leur état de santé était alors incompatible avec un retour à la rue et ils nécessitaient une structure qui les accueille sur du long terme. Il en existe 28 en PACA (10 à Marseille, 18 à Avignon).

Les **ACT** (Appartements de Coordination Thérapeutique) permettent la mise à disposition d'un logement individuel, de relais et à titre temporaire, 96 places sur Marseille. Ils sont réservés aux personnes sans domicile présentant une pathologie chronique invalidante.

IV Les soins primaires et le médecin généraliste en France

On peut légitimement se demander si les soins primaires, et plus particulièrement le médecin généraliste, ne pourraient pas être une solution à la problématique de santé des PSCS.

Voyons d'abord comment les soins primaires sont articulés en France.

IV.1 Les soins primaires en France

Les "soins de santé primaires" ont été définis pour la première fois en 1978 lors de la Conférence d'Alma Ata (1). Selon Crismer, Belche et Van der Vennet, cette définition aurait créé de l'ambiguïté, nécessitant l'introduction par l'OMS en 2008 de la notion voisine de "soins primaires" (54). Selon ces auteurs, le premier concept serait à appréhender comme un « système intégré qui comprend différentes lignes de soins articulées entre elles pour répondre aux besoins de la population » et la seconde comme les soins de première ligne/premier échelon/premier recours (55).

Les membres de l'équipe Prospere citée plus haut estiment que la notion de soins primaires ne se limite pas à la désignation des soins extrahospitaliers, mais est également porteuse d'une ambition de justice sociale qui garantirait l'accès aux soins pour tous (42).

Comme nous l'avons vu précédemment, notre système de soins français n'est pas parfaitement adapté à cette notion de justice sociale et nos médecins du secteur ambulatoire n'ont pas toujours eu pour mission de soigner la population générale, mais principalement des assurés sociaux.

Afin de proposer des axes d'amélioration visant à faire converger la pratique des soins primaires en France vers ce principe de justice sociale, l'équipe Prospere a étudié les systèmes de soins primaires des pays développés.

Elle identifie trois modèles types d'organisation :

- le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de soins est organisé autour des soins primaires, et cela est légiféré (Espagne, Suède, Finlande) ;
- le modèle professionnel hiérarchisé, où les soins primaires sont centrés sur un professionnel, le médecin généraliste, "gate keeper" (Royaume-Uni, Pays-Bas, Australie, Nouvelle Zélande) ;
- le modèle professionnel non hiérarchisé, caractérisé par l'absence de projet global explicite des soins primaires, modèle selon lequel l'organisation des soins ambulatoires serait laissée à l'initiative des différents acteurs de santé (Allemagne, Canada, France).

Cependant, les réformes effectuées en France depuis les années 1990 tendent à rapprocher notre modèle des deux précédents. L'instauration du parcours de soins coordonné et de la notion de médecin traitant en 2004 tend vers un modèle "professionnel hiérarchisé". En revanche, la définition des soins de premiers recours de la loi HPST de 2009 tend vers le modèle normatif. De même, le projet de loi "Ma santé 2022" vise une généralisation de l'exercice coordonné en maisons ou centres de santé.

Cette caractérisation des soins primaires en France, qui serait organisée selon un modèle professionnel non hiérarchisé, semble représenter un écueil dans l'amélioration de la prise en charge sanitaire des populations précaires. Il s'avère cependant que, fort des différents rapports émis par les acteurs de terrain, l'État oriente ses réformes dans le sens d'un modèle plus structuré et efficient, visant la justice sociale (42).

IV.2 La place du médecin généraliste dans la prise en charge des PSCS

IV.2.a Ses compétences

En 2002, la WONCA publie une déclaration consensuelle visant à harmoniser au niveau européen les compétences attendues et les pratiques des médecins généralistes/médecins de famille (4).

Elle définit, entre autres, six compétences fondamentales :

- La gestion des soins de santé primaires
- Les soins centrés sur la personne
- L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes
- L'approche globale
- L'orientation communautaire
- L'adoption d'un modèle holistique

En France, la formation pédagogique des futurs médecins généralistes repose sur l'enseignement de six compétences regroupées sous la forme d'une marguerite (annexe 2). Dans la forme, elles diffèrent légèrement de celles énoncées par la WONCA mais reflètent finalement l'état d'esprit du travail livré par l'organisation européenne.

Le « parcours de soins coordonné » a été institué par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie. Son but était majoritairement de faire face aux difficultés financières largement décriées à l'époque. Il s'agissait alors de confier à un « médecin traitant » toutes les décisions concernant le parcours de soins spécialisés : recours à des examens complémentaires ou à une consultation de médecine spécialisée, afin de rationaliser l'utilisation des soins. Si ce parcours de soins coordonné n'est pas respecté, le patient ne bénéficiera pas du même remboursement de l'acte et pourra voir s'appliquer une majoration du ticket modérateur.

Cette réforme a placé le médecin généraliste au centre de la gestion du parcours médical du patient, un peu tel le "gate keeper" des Anglo-Saxons dans le modèle professionnel hiérarchisé.

IV.2.b Son exposition à la prise en charge des PSCS

Selon une publication de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) parue en septembre 2015, 85% des personnes sans domicile ont consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) en 2012, et près de 50% durant le dernier mois. Comparativement, ce taux était de 92% dans la

population générale. Ainsi, les taux de consultations sont similaires et pourtant, les personnes sans chez soi perçoivent leur état de santé comme moins bon (56).

Par ailleurs, l'étude TREPSAM à Marseille (57) a mis en évidence la non-identification, par les personnes sans abri, du médecin généraliste comme professionnel de premier recours en cas de problème de santé : celui-ci n'était consulté qu'en 5^{ème} position après « ne rien faire », l'automédication, le recours à un soignant d'une structure socio-sanitaire et enfin le recours aux urgences.

Dans le cadre de sa thèse d'exercice, afin de repérer les facteurs influençant ce manque d'identification du médecin généraliste comme potentiel acteur de premier recours, le Docteur M. JEGO a réalisé une revue de la littérature portant sur les avis et expériences des médecins généralistes impliqués dans la prise en charge des populations précaires. Les résultats relevaient principalement des carences en termes de formation des médecins généralistes dans le domaine de la précarité et la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire : médico-psycho-sociale.

Le docteur JEGO a alors initié un travail de recherche visant à compléter ces données, en ciblant préférentiellement les personnes sans chez soi et en allant interroger également des médecins ayant une expérience limitée dans la prise en charge de ce public (58).

Ce rapide descriptif du métier de médecin généraliste suffit à supposer qu'il pourrait être l'acteur central de la prise en charge sanitaire des personnes souffrant d'exclusion liée au logement. En tant que praticien ambulatoire, installé au sein même de la communauté, il est la porte d'entrée dans le système de soins. En tant que coordinateur des soins, il instaure le suivi et la surveillance nécessaires au rétablissement sanitaire. Citons également son rôle potentiel dans la prévention de la précarisation, en repérant précocement les signes de vulnérabilité. Cependant, il s'avère que celui-ci est insuffisamment identifié comme acteur principal de la prise en charge médicale par les PSCS.

Partie II : L'enquête

I Problématique et objectifs

I.1 Problématique

A travers cette première partie de contextualisation, nous avons pu constater que la dégradation de l'état de santé des personnes sans chez soi était pointée du doigt depuis plusieurs dizaines d'années maintenant.

Suite aux études menées conjointement par les structures associatives et étatiques, les difficultés d'accès aux soins de ces personnes ont été identifiées et des aménagements du système de santé français ont été initiés (tels que l'universalisation de la couverture médicale ou la création de structures telles que la PASS ou les équipes mobiles type EMPP).

Malgré cela, il persiste des comportements de renoncement aux soins.

En outre, les PSCS, malgré une rencontre avec un médecin généraliste libéral, ne semblent pas « accrocher » à la relation médecin généraliste-patient puisqu'elles ne l'identifient pas comme acteur de premier recours en cas de problème de santé. Ceci pose ainsi le problème de la prise en charge au long cours de la santé de ces personnes (prévention, dépistage, surveillance, coordination des soins) et représente un des écueils de l'amélioration de leur état de santé.

Nous nous sommes donc demandé si les PSCS percevaient le médecin généraliste comme un acteur de la promotion et de l'amélioration de leur santé. Nous avons également exploré ce qui pouvait permettre une meilleure accroche aux soins primaires ou, au contraire, la limiter.

Par « accroche aux soins », nous comprenons la réunion des trois conditions suivantes :

- régularité des consultations
- description positive de la relation médecin - patient
- repérage du médecin comme une ressource.

I.2 Objectifs

I.2.a Objectif principal

Notre thèse a eu pour objectif principal d'explorer les expériences de soins en médecine générale des personnes sans chez soi et de rechercher les éléments impliqués dans leur accroche aux soins.

I.2.b Objectifs secondaires

Il s'agissait alors de :

- préciser les attentes des patients sans chez soi vis-à-vis de leur prise en charge en médecine générale ;
- rechercher les facteurs limitant le maintien d'une relation de soins stable entre les patients sans chez soi et le médecin généraliste.

II Matériel et méthode

II.1 Schéma général de l'étude

II.1.1 Choix de la méthode

Nous avons choisi de réaliser une étude qualitative. Une définition de la recherche qualitative pourrait être : « l'objectif de la recherche qualitative est de développer des concepts qui nous aident à comprendre les phénomènes sociaux dans des contextes naturels (plutôt qu'expérimentaux), en mettant l'accent sur les significations, les expériences et les points de vue de tous les participants » (59). Nous explorons la signification, les expériences et les points de vue des personnes sans chez soi par rapport aux soins primaires. La relation des usagers aux soins primaires est un phénomène social régi par la subjectivité des acteurs. La recherche qualitative est donc appropriée à nos objectifs.

L'interprétation des résultats de notre étude a été réalisée selon l'approche de la théorisation ancrée.

II.1.2 Population / Échantillonnage

Notre population cible était les patients sans chez soi (selon les critères de la grille ETHOS).

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- être âgé de plus de 18 ans,
- être francophone,
- avoir consulté un médecin généraliste dans l'année qui précède,
- avoir consenti par écrit à participer à l'étude.

Nous avons réalisé un échantillonnage homogène, aussi appelé échantillonnage raisonné. Nous avons interviewé des personnes avec comme principale caractéristique ciblée : le recours à un service d'aides. Au sein de cette population, les critères de variations étaient l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, le type de couverture maladie et le type d'hébergement. Cela permettra de comparer cette étude avec une prochaine s'intéressant à un autre échantillon de personnes sans chez soi.

La taille de l'échantillon est habituellement déterminée par saturation des données, c'est-à-dire lorsque n'émerge plus d'idée nouvelle au cours de deux entretiens consécutifs. Paraissant en fait impossible d'affirmer cela avec certitude, nous avons donc préféré nous en tenir au concept de « suffisance théorique » (60), stipulant que le recueil de données et l'analyse s'achèvent lorsque les chercheurs jugent que les thèmes obtenus offrent un cadre explicatif suffisant au vu des données collectées.

II.1.3 Modalités de recrutement

Pour nous mettre en relation avec les personnes sans chez soi, nous avons fait appel aux structures intermédiaires suivantes : l'Unité d'Hébergement d'Urgence (UHU) de la Madrague, l'Accueil De Jour (ADJ) Béthanie, le Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) Forbin et l'ADJ Consolat. Nous avons contacté par téléphone ou par mail les infirmier.es coordinateur.trice.s et gestionnaires de ces structures qui ont accepté de nous rencontrer, d'écouter notre projet et ont permis sa réalisation en nous faisant entrer en relation avec certains usagers de ces structures. Nous avons décidé de passer par des structures d'accueil pour respecter rigoureusement la constitution d'un échantillon homogène d'utilisateurs de structures d'aides.

II.1.4 Modalités de recueil

Le type d'entretien

Le choix d'effectuer des entretiens individuels a été préféré par rapport aux entretiens de groupe (ou focus groupe), autre méthode utilisée dans les études qualitatives. En effet le sujet étant sensible, car portant sur des trajectoires de vie, donc sur de l'intime, nous avons souhaité recueillir le plus librement possible le discours des personnes sans chez soi et ne pas ajouter de difficultés liées à l'autocensure et la peur du jugement des autres.

Le guide d'entretien (annexe 3)

Le guide d'entretien a été construit autour de trois axes principaux : le contact avec le médecin généraliste de ville, la trajectoire et les difficultés des parcours de soin du patient, les attentes et les représentations des personnes sans chez soi vis-à-vis de leur médecin.

Il a d'abord été testé et validé par notre directrice de thèse grâce à un premier entretien, en notre présence. Cela nous a aidées à nous approprier la démarche de la conduite d'entretien. Les entretiens suivants ont été menés par nous-mêmes, et ont fait l'objet de "débriefings" récurrents afin d'adapter notre façon de conduire les entretiens.

Déroulement de l'entretien

De mai 2018 à octobre 2018, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés en face à face, par les investigatrices. Ils ont été menés, pour la plupart, dans une pièce au calme dans les lieux de recrutement des patients (ADJ, UHU ou CHRS). Étant donné que nous nous étions fixées des axes de questionnement, il nous a paru pertinent d'élaborer un guide semi-directif. *A contrario*, réaliser des entretiens libres semblait démesurément ambitieux au vu de l'expertise que cela demande en tant qu'enquêtrices.

L'accord des patients et des responsables des structures contactés étaient obtenus avant la réalisation de l'entretien. Chaque entretien a été enregistré à l'aide d'un dictaphone. Secondairement, les entretiens ont été retranscrits intégralement.

Au cours des entretiens, nous avons essayé de nous présenter au maximum comme des étudiantes et non pas comme des internes en médecine.

II.1.5 Éthique

L'étude a obtenu l'autorisation du comité d'éthique d'Aix-Marseille Université (référence 2018-24-01-010).

Une lettre d'information a été remise à tous les participants, et un consentement éclairé signé en 2 exemplaires (un pour le participant, un pour l'investigateur) a été récupéré par les investigatrices avant de débiter le recueil de données. Les données ont été rendues anonymes lors du travail de retranscription.

Les noms des personnes interviewées n'ont pas été recueillis. Un chiffre a été attribué à chacun et chacune, à la place. Toutes les informations permettant de reconnaître quiconque (prénoms, noms, lieux, dates, ...) ont été remplacées par des lettres lors de l'étape de retranscription.

Les fichiers audios seront supprimés à l'issue de ce travail de thèse.

II.2 Analyse des données

Une analyse du contenu inductive à l'aide du logiciel N-Vivo version 12 a été menée. Le modèle en 6 étapes proposé par P. PAILLE (61) adaptée de la Grounded Theory (théorisation ancrée) de GLASER et STRAUSS (62) a été suivi.

Cela consiste à effectuer une analyse ancrée, c'est-à-dire enracinée dans les données de terrains empiriques, et d'y apposer un processus de théorisation. Cela diffère de la théorie car il s'agit plus d'un processus jamais tout à fait accompli que de l'élaboration d'un résultat, d'une théorie tranchée. « Pour P. Paillé, c'est via l'analyse que s'élabore la théorisation, et c'est pourquoi il parle d'analyse par théorisation ancrée. » (63).

Les différentes étapes que nous avons suivies sont les suivantes (inspiré du glossaire d'initiation à la recherche qualitative) (64) :

- 1 codification : opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies, etc.), en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun ;

- 2 catégorisation : elle permet de déduire un sens plus général d'un ensemble d'éléments bruts ou d'éléments codifiés, sous la forme de catégories ;
- 3 mise en relation : phase de l'analyse des données consistant à opérer des rapprochements entre les catégories identifiées ;
- 4 intégration : étape qui permet de déterminer la direction que prend l'analyse ; le but est de faire émerger un phénomène général ;
- 5 modélisation : le but est d'aller vers un degré d'abstraction plus élevé, de trouver les relations structurelles et fonctionnelles caractérisant les phénomènes étudiés ;
- 6 théorisation : cette étape tend à renforcer la théorie émergente ; il faut saisir la complexité du phénomène autant au niveau empirique que conceptuel, tout en gardant à l'esprit qu'elle ne sera jamais achevée.

Cette analyse a été triangulée par les deux investigatrices et la directrice de cette recherche.

III Résultats

III.1 Caractéristiques des entretiens

19 entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Chaque doctorante a mené 9 entretiens, 1 a été réalisé par la directrice de thèse. Les entretiens ont été retranscrits intégralement.

La durée moyenne des enregistrements était de 32 minutes (entre 8 et 51 minutes).

Sur ces 19 entretiens, les deux premiers ont servi de tests pour adapter le guide d'entretien et améliorer les qualités d'intervieweuses des doctorantes, ils n'ont donc pas été retenus pour l'analyse.

L'entretien n°7 a également été écarté car l'enregistrement n'était pas intelligible, la barrière de la langue étant trop importante. Tous les entretiens ont été réalisés de façon similaire, dans des conditions semblables.

Au total, l'analyse a donc porté sur 16 entretiens.

III.2 Caractéristiques de l'échantillon

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

Entretien n°	Lieu	Durée (min)	Sexe	Tranche d'âge (ans)	Type de PEC	MT identifié	C S P	Pathologie chronique
3	La Madrague	46	H	> 60	CMU	Oui	Cadre sup	2
4	La Madrague	32	H	40-50	CMU	Oui	Ouvrier	2
5	Consolat	51	H	50-60	CMU c	Oui	Ouvrier	3
6	Consolat	29	H	40-60	CMU c	Non	Ouvrier	0
8	Forbin	22	H	40-60	CMU	Oui	Employé	3
9	Forbin	43	H	40-60	CMU	Oui	Ouvrier	2
10	Forbin	51	H	40-60	CMU c	Non	Cadre	1
11	Forbin	45	H	40-60	CMU c	Oui	Ouvrier qualifié	1
12	Béthanie	28	H	40-60	Aucune	Non	Ouvrier	2
13	Béthanie	8	H	20-30	CMU	Non	Sans profession	0
14	Béthanie	21	H	> 60	CMU	Non	Non réponse	0
15	Béthanie	37	H	>60	Aucune	Non	Ouvrier	2
16	Béthanie	19	F	> 60	CMU c	Non	Sans profession	1
17	Béthanie	34	M	40-60	AME	Oui	Ouvrier	1
18	Béthanie	27	F	< 40	Aucune	Oui	Sans profession	Plusieurs
19	Béthanie	22	F	40-60	En cours	Avant oui	Sans profession	0

Légende du Tableau 1 : PEC = prise en charge ; MT = médecin traitant ; CSP = catégorie socio-professionnelle ; H = sexe masculin ; F = sexe féminin

III.3 Des compétences relationnelles au premier plan afin de :

III.3.a Comprendre qui je suis

Le premier constat que nous avons fait lors de l'analyse des entretiens était qu'à chaque fois que l'accroche semblait effective et de qualité, les personnes interrogées évoquaient en premier lieu le fait que le médecin les connaissait.

Entretien n°4 :

Patient : « Euh c'est-à-dire ça fait longtemps que je le vois. Ça fait pratiquement, on va dire 5 ans, donc 5 ans on se tutoie. Voilà il connaît ma santé, mes enfants aussi parce que toute la famille passe chez lui donc il connaît tous les problèmes familiaux quoi. »

Entretien n°8 :

Patient : « Oui parce qu'on se connaît, il me connaît [...] »

Dans les cas où l'accroche ne semblait pas en place dans la relation avec le médecin généraliste, la connaissance du patient par le médecin était la première attente.

Entretien n°10 :

Patient « Il ne doit pas être que médecin, que le docteur qui donne une ordonnance et ... connaître son patient. Prendre le temps. [...] Un médecin doit savoir vous ... doit être apte à vous connaître. C'est ce que moi j'attends d'un médecin. »

Notons par ailleurs que certaines personnes interrogées attendaient également de connaître leur médecin en retour :

Entretien n°3 :

Patient : « [...] le médecin de famille c'est-à-dire le médecin qui était souvent un voisin dans les villages, qu'on connaissait, qui nous connaissait [...] »

Patient : « c'est la moindre des choses que le médecin connaisse son patient et que le patient connaisse son médecin. »

Enfin, certains allaient jusqu'à employer les termes d' « ami », de « confident » :

Entretien n°9 :

Patient : « [...] C'est plus un docteur, c'est un ami maintenant [...] »

Patient : [...] En plus moi je me confie à lui. J'ai besoin d'un docteur et d'un ... comme on appelle ça ? Un confident [...] »

Afin que nous, intervieweuses, puissions accéder à une connaissance d'elles, les personnes interviewées s'y prenaient de différentes façons. C'est à dire qu'elles ne ressentaient pas toutes la nécessité de livrer les mêmes choses. Il pouvait s'agir :

- d'éléments de leur vie avant la trajectoire de perte du logement, souvent évocateurs d'une meilleure position sociale que l'actuelle :

Entretien n°3 :

Patient : « J'ai joué au bridge avec mon médecin de famille, j'ai joué - enfin non pas mon médecin de famille, mon copain - j'ai joué au golf avec lui, on s'est pris des bonnes petites ... bon (rires) »

[...]

Enquêteur : « Oui, c'est vrai. Non heureusement que ça a changé, c'est un peu le cas maintenant (rires). Et vous du coup vous étiez ingénieur en fait avant ? »

Patient : « Ingénieur, ce qu'on appelle "ingénieur-maison" si vous voulez, c'est pas un diplôme d'état mais enfin bon. »

Entretien n°10 :

« [...] Je travaillais dans une grande entreprise de musique, EMI, j'avais un bon poste, j'étais responsable d'un studio. C'était, c'était bien ! J'avais des contacts avec des studios étrangers, j'avais des contacts avec des studios en Europe, en Angleterre, aux États-Unis. Je rencontrais beaucoup de ... conseillers d'artistes, pas l'artiste lui-même, des ingénieurs, je ... j'étais bien. »

- d'éléments inhérents au processus de perte du logement :

Entretien n°10 :

Patient : « Non non, ça a commencé d'abord par le licenciement économique. Vous arrivez du travail, le lendemain vous avez une lettre recommandée qui dit que c'est terminé dans un mois. (...) Là la consommation d'alcool ça a commencé à augmenter, parce que l'alcool ça euphorise, c'est traître, je crois qu'il n'y a pas plus traître que ça. (...) Mais j'ai décidé de quitter les Pays-Bas parce que ... je n'avais plus rien là-bas. Alors j'ai vendu la maison, j'ai donné sa part à mon ex-épouse, j'ai donné à mes enfants ce qu'ils voulaient et j'ai gardé ma part puis je suis venu ici (...) »

Entretien n°16 :

Patient : « C'est-à-dire ... Vous savez, ma vie elle est longue hein. Vous savez j'étais bien avant, j'étais très bien, point de vue finances, pour tout. J'ai perdu mon mari, malheureusement j'ai fait 3 grosses dépressions, j'étais malade, j'ai tout perdu ici à Marseille. Je suis rentrée en Algérie, j'y suis restée 3 ans, après je suis revenue. Quand je suis revenue, je n'avais aucun soutien, aucun secours, je suis venue là. Et depuis, je suis restée là. Voilà. La vie a basculé. »

- d'éléments de personnalité plus constants, tels que les valeurs ou des traits plus « identitaires » :

Entretien n°11

Enquêteur : « Et vous ne travaillez plus depuis quand ? »

Patient : « Depuis 5 ou 6 ans parce que je suis revenu parce que ma maman commençait à perdre la boule, elle avait Alzheimer c'est une maladie qui va doucement doucement, alors je suis resté un peu avec elle. Et après c'était devenu de plus en plus grave. Alors après j'ai arrêté de travailler, parce que je pouvais pas partir le matin et revenir le soir, quand il y a une personne qui est atteinte d'Alzheimer, il faut être 24 heures sur 24 auprès d'elle [...]. Alors je la changeais et je lui achetais des trucs, je la mettais devant la télé [...] »

Enquêteur : « Vous n'aviez pas de possibilité de la mettre dans une maison adaptée ? »

Patient « Alors là elle n'aurait pas voulu je connaissais ma mère, elle a pas voulu. Elle avait un pacemaker, il s'est arrêté donc elle a dû le changer et elle a passé 2 mois à Montolivet pour se reposer et elle devenait folle. Si j'allais pas la voir tous les jours tous les jours elle devenait folle ce n'était pas possible et puis je ne voulais pas l'abandonner. Si c'était nécessaire, oui je l'aurais fait, si je ne pouvais pas m'en occuper oui, mais ce n'est pas difficile de s'occuper d'une maman comme d'un bébé ou comme de n'importe qui si on veut le faire.»

Dans cet extrait d'entretien, la personne semblait montrer à travers ce récit son sens du devoir familial. Il était fortement lié à sa mère et a su prendre soin d'elle jusqu'au bout.

La personne n°9 a fait de multiples allusions à son identité Corse (le terme apparaît 19 fois dans son discours), tout en expliquant que son pays de naissance est

l'Espagne. Mais il a passé du temps en Corse, son fils y est né, il se revendique par ailleurs nationaliste.

Il est intéressant de noter qu'aucun interviewé n'a fait allusion au fait qu'ils appartaient à un groupe social qui serait déterminé par l'absence de chez soi. Jamais ils n'ont employé de tournure telle que « les gens comme nous » ou « dans notre situation ». Jamais les termes SDF, clochard ou équivalent n'ont été exprimés. Ils se racontaient comme des personnes rencontrant (ou ayant rencontré) des difficultés, sans jamais s'associer aux personnes vivant la même situation d'exclusion liée au mal-logement.

III.3.b Entendre les difficultés que j'ai traversées

Le deuxième constat que nous avons fait est que les sujets interviewés jugeaient nécessaire de rapporter les stigmatisations dont ils avaient été / étaient victime. La connaissance de cette réalité par le médecin semblait être un facteur d'accroche au soin important.

Ces blessures pouvaient résulter de situations vécues comme discriminantes de la part de soignants, ayant pu retarder leur prise en charge médicale :

- liées à certaines maladies (notamment contagieuses) :

Entretien n°11 :

Enquêteur : « Et donc dans un premier temps en fait, vous vous êtes retrouvé aux urgences c'est ça ? »

Patient : « Oui à l'hôpital Nord parce que je n'arrivais plus à marcher [...] Mais comme j'avais attrapé la gale alors ils se sont tous éloignés. C'est pour ça que j'ai mis 5 jours avant d'être opéré [...] »

- liées à leur origine ethnique (racisme) :

Entretien n°17 :

Patient : « Je rentre à Sainte (Marguerite), c'est une grande dame, elle fait mon dossier et après elle me dit comme ça "on peut pas te prendre en charge". Avec tout le respect, il y avait un peu de racisme derrière »

Patient : « Dans la vie il y a des bons et il y a des mauvais. Le racisme existe encore. »

Certains pointaient du doigt le manque de considération et de crédit apporté à leur(s) plainte(s) :

Entretien n°19 :

Patient : « C'est une attitude de je-m'en-foutiste voilà c'est quelqu'un qui s'en fout de ceci cela. Je ne sais pas s'il a mal dormi la veille où je ne sais pas quoi ! Mais voilà c'est choquant et ça fait mal quand même. »

Enquêteur : « Et vous avez réagi comment ? »

Patient : « Sincèrement je suis repartie le cœur meurtri, le cœur meurtri. J'ai juré de ne plus jamais repasser avec le monsieur. Ça ne se fait pas ça. »

[...]

Enquêteur : « Comment on voit qu'il est « je-m'en-foutiste » ? »

Patient : « c'est parce que vous décrivez tout ce que vous avez et "hou pfiou, c'est rien ça...". Comment vous pouvez dire que c'est rien ça ?! La personne elle a une bosse qui est due à quelque chose, la personne vous décrit ceci, cela et vous « Ah non ». Qui va être content d'entendre quelqu'un lui dire ça ? Je suis déçue en fait. »

Parfois, la souffrance ressentie était mise sur le compte de la culpabilité, de l'autodépréciation :

Entretien n°10 :

Patient : « On arrive toujours à trouver le pourquoi du comment, quand on a des problèmes, c'est incroyable ! On s'automutile. Déjà on a des problèmes et puis on s'en rajoute. On culpabilise. [...] Et puis comme je vous ai dit j'ai arrêté de m'auto-culpabiliser. Ça c'est déjà un grand effort. Parce que tout était de ma faute. Mon divorce c'était de ma faute, ma perte de travail était de ma faute, être alcoolique était de ma faute. Tout était de ma faute. [...] Et puis j'ai surtout arrêté de voir le côté négatif des choses. Parce que c'est ce que je faisais souvent avant. « Pourquoi faire ça ? Ça ne sert à rien ». Pourquoi aller voir un médecin ? Pourquoi aller discuter avec lui ? Ça ne sert à rien, demain je m'en vais, demain il s'en fout de moi. »

Enfin, il semblerait que nous ayons retrouvé dans les discours des éléments de « souffrance psychosociale », celle qui, selon FURTOS, pourrait amener les soignants non formés à la prise en charge des publics en situation de précarité, à porter par excès des diagnostics psychiatriques (névrose, schizophrénie) :

Entretien n°9 :

Patient : « J'étais à l'hôpital psychiatrique à Allauch, ils m'avaient mis là-bas. Je suis pas fada moi. Je prenais mon traitement normal et tout, pas de cachet pour dormir, pas de THERALENE rien, j'ai besoin de rien. »

Entretien n°11 :

Patient : « il y a même des fois où je me suis fait faire rentrer en psychiatrie pour leur montrer que j'avais besoin d'avoir quelque chose pour me calmer. Je ne suis pas fou mais je vais le devenir. »

III.3.c Comprendre la singularité de mon rapport au temps

De façon plus discrète, en filigrane dans le discours, il nous a semblé que les personnes interrogées nous faisaient part de la complexité de leur rapport au temps. Le rapport au temps était très variable selon les personnes.

- *Le passé*

Certains, comme le patient n°3, avaient une notion imprécise du temps passé :

Entretien n°3 :

Enquêteur : « Et ça fait longtemps que vous êtes à l'UHU ? »

Patient : « Quand est-ce que je suis arrivé ici ... je ne sais plus. C'est pas la maladie d'Alzheimer ni rien mais, j'ai quelques fois des, bon étant donné que j'ai une vie qui est, je dirais vide, enfin si on veut ... il me manque quelques fois des repères. Je sais plus il y a des fois où je sais exactement quand ça s'est passé et puis là y'a combien de temps que je suis ici, je ne sais pas, 3 mois ? »

Cependant, le discours portant sur l'histoire de vie passée était souvent logique et articulé.

Entretien n°10 :

Patient : « Non non, ça a commencé d'abord par le licenciement économique. Vous arrivez du travail, le lendemain vous avez une lettre recommandée qui dit que c'est terminé dans un mois. On se pose des questions, moi je me suis dit, mon hypothèque, comment je vais payer ma voiture comment je vais nourrir mes enfants. Là la consommation d'alcool ça a commencé à augmenter, parce que l'alcool ça euphorise, c'est traître, je crois qu'il n'y a pas plus traître que ça. Alors j'ai un ami qui, en Hollande vous savez qu'il y a beaucoup de choses qui sont "autorisées" dirons-nous, un ami qui m'a dit "viens je t'emmène dans un coffee shop, tu verras ce sera ..." j'ai jamais voulu ça parce que je me suis dit "la combinaison ça ... ça risque d'être ...grave". Mais j'ai décidé de quitter les Pays Bas parce que ... je n'avais plus rien là-bas. Alors j'ai vendu la maison, j'ai donné sa part à mon ex-épouse, j'ai donné à mes enfants ce qu'ils voulaient et j'ai gardé ma part puis je suis venu ici. J'avais beaucoup plus de soutien en France parce que je pouvais être marié, habiter en Hollande, parler la langue régulièrement, j'avais pas les papiers hollandais. »

- *Le présent et le futur*

Le déroulé des journées était souvent très précis. Les personnes rapportaient avoir à s'adapter à des horaires contraignants dans les structures d'accueil.

Entretien n°15 :

« Mais vous savez, le Médecin du Monde, il y a beaucoup de monde, il faut y aller de bonne heure, mais comme moi j'ai été voir l'infirmière à 8h, je lui ai dit que c'est pas la peine d'y aller. »

Entretien n°3 (à propos de la venue de l'infirmière) :

Patient : « Bah actuellement elle vient trois fois par jour. Elle vient le matin vers 06h30-07h où j'ai un aérosol et puis là elle me donne tous les médicaments de la journée ... en général elle fait une prise de tension, assez souvent une glycémie, elle revient à 11h30 elle me fait un deuxième aérosol. Bon bah là il n'y a besoin de rien d'autre, et puis elle revient le soir vers 17h30 où j'ai un troisième aérosol [...] »

Entretien n°15 :

« Parce qu'on a souffert avec le 115, on a souffert qu'on soit étranger ou résident ici, on souffre, on souffre avec le 115. Pour les avoir, il faut téléphoner à partir de 8 heures. Si tu peux les avoir à 20 heures c'est que tu as de la chance. On a beaucoup de problèmes avec le 115. C'est lui qui décide, c'est lui qui, on dirait le Président de la République ! »

Aux horaires précis à respecter pour accéder à certains services s'opposait l'incertitude des personnes qui n'étaient pas en structure d'hébergement de longue durée.

Entretien n°15 :

Patient : « Une place pour dormir ce soir ? Attendez... Si vous avez de la chance ils vont vous appeler à 20 heures, ils vont appeler à 20 heures. Quand vous appelez à 20 heures Madame, il n'y a plus de place. »

Entretien n°17 :

Enquêteur : « Dans la rue ... Donc cette nuit par exemple vous avez dormi où ? »

Patient : « Cette nuit, ils m'ont donné une seule nuit, il y avait un agent, il m'a filé un petit service, il a appelé ... Elle m'a dit "je te donne pas" et après l'agent il a appelé ... Je sais pas il a des contacts, ils m'ont donné une seule nuit. A la Madrague. »

Les personnes rapportaient donc une discordance entre les contraintes horaires auxquelles ils étaient soumis et l'impossibilité de se projeter dans le temps.

Dans l'entretien n°8, l'interviewé avait un rapport très précis au temps, en tout cas lorsqu'il s'agissait des consultations médicales, comme si celles-ci pouvaient représenter des repères rythmant sa vie. Il apparaissait en outre qu'il avait une réelle accroche aux soins primaires :

Entretien n°8 :

Enquêteur : « Quand est-ce que vous avez consulté un médecin la dernière fois ? »

Patient : « Le 6. »

Enquêteur : « Donc c'était il n'y a pas longtemps. Est-ce que vous pouvez me raconter comment ça s'est passé ? »

Patient : « Oui, très bien, très très bien [...] C'est terminé puis je le vois 28 jours après. [...] J'ai plein de problèmes donc je suis obligé de le voir tous les 28 jours. »

Cette personne était sans logement depuis 5 ans, elle était dans une structure d'hébergement de longue durée et attendait possiblement de réintégrer un logement personnel dans la semaine. On peut donc supposer un parallélisme entre la réintégration d'un chez soi et la réintégration dans un « système temporel » plus normatif, et surtout la pérennité du logement et la capacité de se projeter dans l'avenir.

Résumé de la première partie :

En premier lieu, nous avons été frappées par « le besoin de se raconter » des personnes rencontrées. Le guide d'entretien n'était pas construit de manière à récolter des éléments privés ou personnels et pourtant tous ont ressenti le besoin de distiller, dans des mesures différentes, des éléments de leur vie. Les patients qui présentaient une accroche réelle et efficace à leur médecin la justifiaient en premier lieu par la connaissance que le médecin avait d'eux. Ceux qui ne manifestaient pas d'accroche particulière aux soins primaires révélaient que le temps accordé par le médecin à acquérir une connaissance d'eux était primordial.

Les éléments de vie livrés dans le but de permettre au médecin d'acquérir une connaissance d'eux étaient variables.

Il pouvait s'agir du passé, semblant dire « je ne suis pas si différent de vous ». Cela pouvait être des « explications » sur l'enchaînement d'événements malheureux ayant conduit à la perte du chez soi.

Parfois, il s'agissait simplement de dire « j'ai des valeurs » ou voici mon positionnement identitaire.

En tout cas, jamais ils ne se sont définis par l'absence de chez soi, jamais ils ne se sont assimilés aux personnes vivant la même exclusion.

Ensuite, la majorité des personnes interrogées tenaient à faire part des stigmates de leur trajectoire : discrimination, racisme, culpabilité, autodépréciation, souffrance psycho-sociale ... Il s'agit sans conteste d'une réalité indissociable du parcours de vie de ces personnes que le médecin de soins primaires doit connaître.

Enfin, de façon plus subtile, les sujets nous livraient quelques éléments de leur temporalité propre et singulière, révélatrice de ces difficultés existentielles passées et/ou présentes, qu'une fois encore le médecin doit comprendre afin de faire preuve de flexibilité.

Cette connaissance des personnes par les médecins, préalable indispensable à l'accroche, faisait appel aux compétences relationnelles et humaines du professionnel : en particulier l'écoute, dont le corollaire était le temps accordé à la consultation.

III.4 De la personne sans chez soi à la personne soignée : des attentes biomédicales au second plan

Une fois la confiance rendue possible par l'effort d'ajustement entre médecin et patient décrit jusqu'ici, les personnes ont rapporté des attentes vis-à-vis du médecin généraliste regroupées ci-dessous en 6 catégories.

III.4.a Le médecin généraliste, un soignant de premier recours

Les personnes rapportaient attendre de leur médecin qu'il soit capable de gérer des problèmes de santé variés, fréquents et/ou urgents.

Entretien n°9 :

Enquêteur : « Il était comment ce médecin ? »

Patient : « Mieux que X, c'est-à-dire, que lui, je me rappelle, à l'époque il avait posé le stérilet à ma femme. Un jour elle avait des problèmes au canal carpien, il lui a dit "écoute je vais te faire une piqûre, ça va te calmer, mais seulement il va falloir opérer" ».

Les patients rapportaient ainsi l'importance que le médecin sache répondre à des demandes variées, qu'il s'agisse, en l'occurrence, de contraception ou de problème neurologique, de les soigner eux ou les membres de leur famille.

Ils rapportaient aussi l'importance que le médecin sache repérer les situations d'urgence :

Entretien n°9 :

Patient : « Le lendemain, mon frère m'a ramené chez G et il lui a dit: "okono que c'est tu vois pas qu'il a une hernie inguinale ?!". Oh ! J'avais une hernie inguinale, c'est mauvais ça, donc je suis rentré en urgence à l'hôpital Laveran. Il m'a opéré là-bas ».

III.4.b Le rôle d'éducation à la santé et de médecine préventive

Le rôle de prévention et d'accompagnement joué par le médecin en faveur du patient était souvent énoncé par les interrogés.

Par exemple, ce patient nous parlait du rôle joué par son médecin traitant dans l'aide au sevrage d'alcool.

Entretien n°8 :

Enquêteur : « Et le fait qu'il dit ce qu'il pense, ça ça vous aide par exemple pour l'alcool ? »

Patient : « Oui bien sûr c'est lui qui m'a poussé à arrêter. A chaque fois il me disait: "Alors vous en êtes où ? Alors vous en êtes où ? Alors vous en êtes où ?". Alors je dis : "ça y est j'ai arrêté !" Il m'a dit : "Sérieux ?" "Non sérieux". Là ça fait deux mois, on se voit tous les deux mois. Il m'a dit "bon c'est bien, impeccable" il m'a dit "je te mets un anxiolytique de plus, normalement tu devrais avoir aucune envie" j'ai dit "d'accord ça marche". »

Ce rôle était également retrouvé à travers les vaccinations :

Entretien n°9 :

Enquêteur : « Le bon médecin c'est celui qui pense "vaccins" aussi alors ? »

Patient : « Oui parce que moi depuis des années je me vaccine contre la grippe. »

Un interrogé nous racontait également le rôle éducatif que jouait son médecin auprès de lui. Il lui attribuait un rôle de conseiller.

Entretien n°4 :

Enquêteur : « Et ce boulot c'est ? Vous le définiriez comment ? »

Patient : « Bah il fait son travail, il me met en préparation pour les tests des efforts après il me parle il me dit "voilà ça s'améliore" et "tu continues à faire ça" "repose-toi un petit peu ne force pas trop" il me donne des conseils, le généraliste c'est la même chose parce que lui il reçoit les rapports de, du cardiologue, rapports, comptes rendus donc voilà donc il me dit "faut se reposer" et tout "suis ton traitement repose-toi" »

III.4.c La nécessité d'une approche globale du patient

La nécessité pour les personnes d'être prise en compte dans leur globalité a été largement détaillée ci-dessus. Les patients nous ont rapporté les conséquences pratiques de cette posture :

Entretien n°11 :

Enquêteur : « Vous disiez qu'il est compétent, qu'est-ce que vous entendez par là ? »

Patient : « Quand je pose des questions, par exemple pour la rééducation il m'a trouvé un centre pas très loin parce qu'il y a des centres au bout du monde. Je ne passe pas ma vie moi dans les centres, j'ai des permissions je sors ... Moi j'ai dit "je ne veux pas sortir de Marseille". »

Les personnes qui présentaient une forte accroche exprimaient une importante reconnaissance envers leur médecin, qui avait pris le temps de faire des démarches administratives diverses (prise en compte des demandes du patient dans le choix du lieu de rééducation, dossiers de demande d'aides ...).

Entretien n°16 :

Patient : « J'ai eu des moments difficiles. Il m'a aidée. (Long silence). »

Enquêteur : « Il vous a aidée comment ? »

Patient : « Pas point de vue finances, je ne prends pas d'argent, jamais. Quand je prends de l'argent de chez un homme, je suis diminuée complètement. Il m'a aidée, il m'a fait des demandes, des aides, voilà j'ai été aidée. »

L'approche globale du patient était mise en avant par une réponse adaptée à la demande de la personne. Par exemple cette personne qui nous rapporte que l'ordonnance rédigée par le médecin est en accord avec ce qu'il est.

Entretien N° 11 :

Patient : « Oui il est compétent, je lui pose des questions, il me répond car j'ai des soucis. Il ne me shoote pas à coups de médicaments non plus parce que je les prendrai pas, je prends uniquement ce que j'ai besoin ça suffit. »

III.4.d La nécessité d'une approche centrée patient, des capacités relationnelles et de communication

Les capacités relationnelles et de communication étaient au centre de l'accroche vis-à-vis du médecin.

Les sujets de notre étude nous ont rapporté l'importance que leur médecin soit en mesure de leur transmettre des informations sur leur santé, et ce de façon claire, loyale, appropriée.

Entretien n°19 :

Enquêteur : « Vous avez besoin de comprendre ? »

Patient : « Oui voilà de nature je suis quelqu'un qui est curieux, qui cherche à comprendre. Pourquoi ci ? Et pourquoi pas l'autre ? Je prends ça, pourquoi ça ? Ça me permet de faire ci de faire ça.... Voilà j'essaie de chercher à comprendre. »

Enquêteur : « Le médecin doit savoir que vous êtes comme ça pour vous aider ? »

Patient : « Oui voilà ça fait que quand je suis en ville je suis médecin aussi parfois parce que le fait de m'expliquer tout je deviens aussi médecin. Je ne suis pas médecin, mais ça me permet d'être aussi médecin des fois. »

Entretien n°11 :

Enquêteur : « Et vous dites, il vous donne envie de poser les questions ? »

Patient : « Oui parce que déjà quand vous allez le voir c'est parce que vous avez besoin de quelque chose et quand vous discutez avec lui, il vous répond sans vous ... mais avec des termes que vous comprenez. Il va pas vous répondre comme certains (onomatopées). C'est pareil je peux vous parler de plomberie vous n'y comprendrez rien. Alors que lui il vous parle en terme normal. »

A l'inverse, certains patients nous ont rapporté avoir fait face à ce qu'ils considéraient être l'incompétence de certains médecins, ceux-ci ne leur ayant pas correctement détaillé leur(s) choix thérapeutique(s) :

Entretien n°18 :

Enquêteur : « Vous m'avez dit qu'à un moment vous aviez essayé un autre médecin ? »

Patient : « Oui, il n'était pas bon, il donnait trop de médicaments dont j'avais pas besoin. Donc après je suis retournée voir mon généraliste. »

Enquêteur : « Pourquoi il donnait trop de médicament à votre avis ? »

Patient : « Des médicaments que j'avais pas besoin quoi je lui ai même dit, je lui ai dit « mais pourquoi vous donnez tout ça Docteur ? J'ai besoin ? ». Je dis « non non je n'ai pas besoin ». J'ai appelé l'autre médecin qui m'a dit « non tout ça, ne le prend pas », j'ai des contre-indications donc tout ce qu'il m'a dit je les ai pas pris. »

Enquêteur : « Il s'était trompé ? »

Patient : « Ouais. »

Si certains exprimaient le besoin de prendre part à la décision thérapeutique, d'autres néanmoins préféraient s'en remettre à la décision de leur médecin :

Entretien n°8 :

Enquêteur : « Et comment il a fait le médecin pour vous aider car vous dites que c'est grâce à lui ? »

Patient : « Oui c'est lui qui m'a dit pour le fauteuil, c'est lui qui m'a dit quand marcher, c'est lui qui m'a aidé à me remettre debout, c'est lui qui m'a dit. »

III.4.e La nécessité d'une continuité et d'une coordination des soins

Nous avons vu plus haut la nécessité pour les PSCS d'avoir un interlocuteur privilégié. Cela passe par le choix du médecin mais également par la capacité des médecins à assurer leur suivi. Les personnes ont ainsi rapporté l'importance que revêtait pour elle l'existence d'un dossier médical bien tenu.

Entretien n°16 :

Enquêteur : « Ils vous les donnent les remèdes ? »

Patient : « Oui, on a un dossier, on a des fiches et mon traitement il est prescrit. Quand il est changé, il le change. »

La permanence des soins avait une place importante dans l'accroche aux soins primaires. Les personnes avaient besoin d'avoir l'assurance que leur médecin pouvait se rendre disponible et répondre à leurs demandes facilement.

Entretien n°8 :

Patient : « quand je l'appelle et tout, il est toujours là pour moi »

Entretien n°9 :

Patient : « Quand il n'a pas le temps en consultation, je peux l'appeler, j'ai son numéro »

Entretien n°11 :

Patient : « Vendredi j'avais été le voir mais il y avait du monde mais je n'avais plus de médicaments. Je l'ai appelé, il a téléphoné à la pharmacie en bas, j'y étais, ils m'ont avancé les médicaments, Il n'y a pas de problème »

Entretien n°18 :

Enquêteur : « Qu'est-ce qui fait l'ambiance chez votre médecin ? »

Patient : « Déjà quand je vais le voir, déjà il est toujours là, toujours disponible. Parce qu'il y a des docteurs vous allez les voir ils vous font attendre 4h ou 6h des fois. Lui quand on y va en 10 minutes il vous prend, toujours là, disponible. Il n'y a pas un jour où il dit « je vous reçois pas j'ai pas le temps », il ne m'a jamais dit ça. »

III.4.f Un besoin de professionnalisme

Les personnes ont rapporté que leurs attentes vis-à-vis du médecin étaient également liées à son professionnalisme. Cela passait par :

- la réalisation d'un examen clinique attentif :

Entretien n°14 :

Patient : « Il me prend la tension, il me prend ci et ... Lui professionnel, moi je fais le patient. »

Entretien n°15 :

Enquêteur : « Là vous venez de voir un médecin, racontez-moi comment ça se passe avec lui ? »

Patient : « Oui, ça se passe très bien, il m'a fait enlever mes vêtements »

Entretien n°11 :

Enquêteur : « Il est réactif. »

Patient : « Oui puis je sens qu'il fait bien son boulot. Il me pèse. »

- la prescription d'examen(s) complémentaire(s) :

Entretien n°18 :

Enquêteur : « C'est quoi « bon » ? »

Patient : « C'est un bon médecin, il fait bien son travail, il fait passer des examens : des radios, des scanners et l'échographie même quand ça va pas on peut aller le voir on peut discuter. Il est pas mal quoi comme docteur. »

- la rédaction d'ordonnance de façon rigoureuse :

Entretien n°18 :

Patient : « (...). Moi je dis que dans les médecins faudrait qu'il y ait un peu plus de contrôles au niveau de la Sécurité sociale. Parce que n'importe qui y va, ils se font prescrire du RIVOTRIL, des trucs comme de la METHADONE, ils donnent ça à n'importe qui, et moi je suis contre ça. »

- Une façon de se comporter ou de se vêtir :

Entretien n°9 :

Patient : « G [le médecin généraliste] ? Parce qu'il était de la famille, ça faisait longtemps qu'on le connaissait dans la famille. Parce que même mon grand frère il a été là-bas. Moi je me rappelle mon fils B il est petit, bébé il le pesait sur la balance pour les bébés, là il lui tirait la cravate à chaque fois. En plus il avait pas la blouse blanche, toujours costume-cravate, toujours bien habillé. Toutes les années il changeait la voiture, la BM, chaque année il changeait la voiture. »

Entretien n°8 :

Patient : « Je ne sais pas son secret ! Je ne sais pas comment il fait pour être un aussi bon médecin, mais c'est un bon médecin en tout cas. Après comment il fait, il a une façon de parler, il a une prestance, c'est pas le petit docteur que vous voyez dans les cabinets qui en branle pas une. C'est un mec qui bosse, il a du monde tous les jours, il a du monde énormément. Moi quand j'ai rendez-vous à 13h j'y vais à 11h30, pour vous dire ! Il y a énormément de monde. »

Enquêteur : « Ça passe par quoi la prestance ? »

Patient : « Sa façon de parler, sa façon de se déplacer, les mouvements qu'il fait, les gestes, il est impressionnant ! Il fait quand même presque 2 mètres, il a une prestance, on voit qu'il est là quoi. »

Enquêteur : « Ces gestes, c'est quoi ? »

Patient : « C'est la façon de parler, quand il est pas content il le dit ! Bon ça va moi, il m'a jamais trop engueulé. »

Résumé de la partie 2 :

Hormis les capacités relationnelles, telles que l'écoute, le temps imparti, l'empathie et la bienveillance décrites dans la première partie, les patients décrivaient des attentes secondaires multiples. Il s'agissait du besoin que le médecin réponde à des demandes médicales variées, qu'il soit en mesure de délivrer des messages de prévention, de transmettre un savoir adapté. Dans le descriptif des attentes, les personnes précisaient rechercher une réponse globale et personnalisée. Enfin, les personnes attendaient de leur médecin un professionnalisme passant par un examen clinique attentif, un recours aux examens complémentaires et consultations spécialisées si nécessaires, ainsi que l'établissement de thérapeutiques pertinentes.

III. 5 De la théorie à la pratique, l'importance d'une démarche active de soins choisie et cohérente

III.5.a Le choix personnel et direct du médecin généraliste : l'accroche efficiente

Afin que les deux personnes engagées dans la relation médecin-patient puissent se connaître comme détaillé jusqu'ici, il nous a semblé qu'un des prérequis indispensable était la possibilité de choisir son médecin traitant.

Le rationnel du choix pouvait-être :

- le hasard, associé au ressenti de la première entrevue :

Entretien n°18 :

Enquêteur : « Vous l'avez connu comment du coup ? »

Patient : « En passant j'ai vu la pancarte, après j'ai discuté avec lui je lui ai dit « voilà je cherche un médecin généraliste » je me suis dit « pourquoi pas ? Je vais essayer. » Après jusqu'à maintenant je suis contente. »

Enquêteur : « Comment vous avez décidé que c'était le bon ? »

Patient : « Je ne sais pas, j'ai senti dès le premier jour où je l'ai vu, j'ai senti que c'était le bon »

Entretien n°19 :

Enquêteur : « Comment avez-vous rencontré le médecin au Vieux-Port ? »

Patient : « J'étais de passage comme ça et j'ai vu "permanence" je suis passé je voyais des gens et tout ça donc je suis rentré et depuis je suis jamais ressorti. »

- les recommandations de l'entourage :

Entretien n°8 :

Patient : « C'est quelqu'un qui m'a dit d'y aller, un collègue qui m'a dit « va voir le Docteur X », »

Entretien n°9 :

Patient : « C'est une voisine quand j'avais été aux T, elle m'a dit, mademoiselle Z, bon elle est décédée. Elle m'avait donné ses coordonnées. Moi j'ai téléphoné, j'ai dit "je téléphone de la part de Mademoiselle Z que je connais, j'habite au bâtiment F. »

- La proximité géographique :

Entretien n° 11 :

Patient : « J'en avais un, mais il était dans le 10ème et ça me fait trop loin d'ici. »

Les entretiens révélèrent aussi l'influence de l'ancienneté de la perte de logement sur l'accroche avec le médecin généraliste.

Lorsque la perte de logement était ancienne et entraînait une rupture géographique, certaines personnes ont rapporté leur regret d'avoir perdu leur médecin et de ne pas en avoir retrouvé :

Entretien n°3 (à propos du médecin de famille) :

Enquêteur : « D'accord, et qu'est-ce qui fait que vous ne le voyez plus ? »

Patient 1 : « Oh bah ... je le vois plus parce que ça se passait à Landernau dans le Finistère (rires). »

Enquêteur : « Ouais. »

Patient 1 : « Et c'est pas tout près (rires) ! »

Dans l'entretien n°4, au contraire la perte de logement et le changement géographique étaient récents. Le lien avec son ancien médecin traitant était encore maintenu par le biais d'une ordonnance faxée :

Entretien n°4 :

Patient : « Par exemple ici je n'ai pas de médecin donc je suis allé chez le cardiologue j'ai oublié de demander au cardiologue qu'il me prescrit mon traitement. Du coup je l'ai appelé mon médecin, je l'ai appelé et j'ai donné le numéro de fax de la pharmacie et il m'a envoyé l'ordonnance par fax »

Aussi anodines que puissent paraître ces modalités de "choix", elles constituent néanmoins l'expression d'une liberté supplémentaire, conférant à la personne le sentiment d'être véritablement acteur de sa santé. Ce choix délibéré constitue une façon de s'affirmer en tant que personne et de sortir du stigmata « personne sans chez soi ».

Entretien n°8

Enquêteur : « Et vous m'avez dit que vous alliez chez lui “comme tout le monde”, qu'est-ce que vous voulez dire par “comme tout le monde” ? »

Patient : « Comme tous les gens, ceux qui veulent aller chez un docteur, ils vont chez un docteur simplement. »

III.5.b La structure comme intermédiaire : un recours passif, une accroche non adhérente, une stigmatisation

A l'inverse, lorsque le recours au médecin, et le médecin lui-même, étaient vécus comme imposés, aucune accroche n'était détectée.

L'attribution du médecin traitant était perçue comme effectuée par :

- La structure d'accueil (accueil de nuit ou de jour) :

Entretien n°3 :

Patient : « Bah oui parce qu'un jour j'avais besoin de ... c'était pour renouveler une ordonnance, bon fallait appeler un médecin alors ici ils sont en relation avec eux, ils m'ont dit « bon vous avez RDV avec le Docteur R tel jour à telle heure ». »

- L'état :

Entretien n°17 :

Enquêteur : « Pourquoi vous dites que c'est votre médecin traitant alors ? »

Patient : « Parce que c'est l'État qui m'a donné ce médecin traitant. »

En réalité, le médecin traitant déclaré pour cette dernière personne est un médecin généraliste particulièrement impliqué dans la prise en charge des populations précaires à Marseille. Ce médecin lui avait été désigné, de façon bienveillante, par une association qu'il côtoyait. Mais on lit clairement dans son discours qu'il s'est senti “baladé”. A aucun moment il n'a pris conscience du fait qu'il avait le choix. Ceci a eu pour malheureux effet de compromettre une accroche qui aurait pu lui être bénéfique.

Les propos recueillis dans les différents entretiens semblaient indiquer que, lorsque le médecin n'avait pas été choisi, les tâches réalisées par celui-ci étaient vécues comme impersonnelles. Ces tâches étaient alors qualifiées d'« administratives » ou « formelles ». Elles n'avaient pas, aux yeux des personnes concernées, de dimension thérapeutique. La consultation devenait alors une nécessité, voire une obligation, plutôt qu'un souhait, une demande.

Entretien n°10 :

Patient : « Non non, c'est un médecin que j'ai vu ici. C'est un médecin que je vois assez régulièrement pour renouveler mes ordonnances et il me demande comment je vais et puis bon, sans plus quoi. C'est vite ... c'est formel quoi. »

Enquêteur : « Vous me pouvez me décrire un peu comment se passe la consultation ? »

Patient : « c'est bref hein. Le médecin d'ici c'est ... en général il est déjà au courant des choses parce que ou une infirmière ou l'assistante sociale le tient au courant [...] »

Ce médecin qui s'est déplacé sur le lieu de vie s'est avéré être le médecin généraliste chargé du suivi de ce patient. Il n'a pas été identifié comme tel par le sujet. De plus, il a été uniquement associé au renouvellement de l'ordonnance. On sent bien, à travers cette phrase, toute la distance que l'interviewé prend avec ce médecin.

Il est intéressant de noter une fois de plus la distance : “le médecin d'ici”. La personne semblait nous dire “c'est le médecin de la structure, mais en aucun cas ce n'est le mien”.

Dans ces cas où l'accroche n'avait pas pu se construire avec le médecin généraliste, ce dernier s'avérait ne pas être une ressource directe en cas de problématique de santé ressentie :

Entretien N°3 :

Enquêteur : « Et quand vous sentez qu'il y a un problème nouveau ... de santé ? »

Patient : « Problème nouveau ... disons qu'il y a quelques jours, quelques semaines, 2-3 semaines, mon état de santé s'aggravait, je mangeais plus, j'étais faible ... et tout le monde, le personnel, me disait « Monsieur D ça ne va pas, ça ne va pas » jusqu'au moment où ils ont dit « bon j'appelle les marins pompiers et puis on vous emmène à l'hôpital ». »

Entretien n°10 :

Enquêteur : « Lorsque vous avez un problème de santé, un pépin, peu importe lequel, votre réflexe c'est quoi ? Par exemple vous avez mal à la gorge, vous vous sentez fébrile, vous avez des courbatures comme une grippe ... Comment vous réagissez, qu'est-ce que vous faites ? »

Patient : « (Silence). Ça dépend. Quand c'est vraiment excessif bah je vais voir l'infirmière bien sûr. Sinon j'ai toujours un peu de paracétamol. Et puis des fois je me dis "oh je suis un peu malade, j'ai peut-être trop fumé". Mais sinon j'ai toujours quelque chose pour me soulager. Mais j'essaie d'éviter de prendre un cachet pour le moindre petit truc. A part si les symptômes persistent, où là j'en parle à l'infirmière qui prend contact avec le médecin. »

III.5.c Éclatement de la prise en charge : l'importance d'un unique interlocuteur privilégié

Il est ressorti des entretiens que les personnes souffraient parfois de devoir aller voir différents interlocuteurs pour se soigner. Sans jamais remettre en question la nécessité de ce recours au plateau technique ou aux consultations spécialisées, cet éclatement de la prise en charge était un rempart aux soins et parfois une raison de non-recours aux soins.

Entretien n°17 :

Enquêteur : « Vous le sentez lui ? »

Patient : « Eux ils sont tranquilles, ils font leur travail. Mais moi j'ai abandonné franchement. Devoir aller à droite et à gauche, à droite et à gauche, à droite et à gauche. Des fois je dors dans la rue, faut que je promène mes habits ... »

Lorsque le recours à des spécialistes était nécessaire, les interrogés mettaient en avant le besoin d'être orientés parmi les différents professionnels de santé :

Entretien n°11 :

Enquêteur : « Et qu'est-ce que vous attendez vous d'un médecin généraliste ? Idéalement, c'est quoi un bon médecin généraliste ? »

Patient : « qui vous écoute et qui vous oriente dans des domaines qu'il ne connaît pas. Mais qui connaît là où vous pouvez aller. Parce que le problème c'est qu'il y a des médecins qui ne savent pas vous orienter. Un pneumologue oui, mais lequel ? J'ai pas l'annuaire pour savoir moi »

Un interrogé rapportait l'importance thérapeutique pour lui d'une prise en charge pluridisciplinaire :

Entretien n°10

Enquêteur : « Vous avez changé votre rapport à la consommation d'alcool et ça change tout. »

Patient : « Ça change tout, ça change tout. Moi avant quand j'étais saoul, vous savez l'alcool ça rend euphorique, vous oubliez tous vos problèmes. Donc je me disais "c'est bien il faut boire comme ça je n'ai plus de problèmes". Tandis que maintenant, dès que je sens que je commence à gamberger, bah j'essaie de chercher le pourquoi du ... et puis après je restabilise un peu les choses quoi. Et le fait d'avoir discuté avec beaucoup de personnes, avec ma psychologue, mon psychiatre, les médecins, les infirmières, parce que même l'infirmière libérale qui vient, elle prend le temps de discuter un peu avec moi. Et puis le fait de me libérer un peu aussi, avant j'étais trop peut-être, renfermé sur moi-même. Donc c'est bien, ça va mieux. »

Finalement les personnes rapportaient que le médecin généraliste devait être à même de les rediriger vers un spécialiste lorsque cela était nécessaire, mais qu'il devait alors coordonner ces soins, et notamment proposer un parcours cohérent au sein d'un réseau de professionnels simple à mobiliser.

Les personnes déploraient ce sentiment d'électron libre au milieu de l'immensité du système de santé, dans une ville étendue comme Marseille, avec un réseau de transports en commun peu efficient. Au vu de leurs conditions de vie, il leur était impossible de se repérer seul dans ce système.

Résumé de la partie 3

Chaque fois que nous avons détecté l'accroche aux soins, sans exception, la personne avait choisi de consulter ce médecin. Les modalités de choix apparaissaient le plus souvent anodines (proximité géographique, bouche à oreille, simple concours de circonstances « je suis passé devant le cabinet, c'était ouvert »), laissant supposer que la simple liberté de choix était un facteur d'accroche majeur.

Dans les autres cas, le médecin avait été conseillé ou « imposé » par les membres d'une structure (type accueil de jour, UHU) ou d'une association. Quand bien même le médecin était impliqué dans la prise en charge des populations précaires à Marseille, tant que le sujet n'avait pas investi le choix, l'accroche ne se faisait pas.

L'accroche modifiait alors toute la valeur accordée par le patient aux actions menées par le médecin : même un geste administratif tel que la rédaction d'un certificat était clairement investi par le patient.

On se trouvait alors loin du rôle unique de prescripteur du médecin tel que le voyaient les personnes qui ne présentaient pas d'accroche aux soins. Ceux-là ne voyaient leur médecin que pour le renouvellement d'ordonnance, n'attendaient rien de plus de la consultation. Ils n'envisageaient jamais ce médecin comme un recours possible en cas de problème de santé intercurrent.

Cependant, on peut se demander si finalement, plus encore que le simple fait de pouvoir choisir le médecin, ce n'est pas la capacité de faire ce choix qui importe ?

Autrement dit, n'est-ce pas simplement parce que les personnes se trouvent dans une situation psycho-sociale favorable qu'elles sont en capacité de faire ce choix, et d'adhérer aux soins ?

Partie 3 : Discussion

I Résultats principaux de l'étude

Notre analyse qualitative nous a permis de relever que les personnes sans chez soi ressentaient avant tout le besoin d'être connues par le médecin généraliste pour qu'une accroche réelle puisse avoir lieu. Pour cela, ils attendaient d'être écoutés et respectés dans ce qu'ils souhaitaient livrer de leur vie. Ils avaient également besoin que le médecin généraliste ait une connaissance de ce que peut représenter les contraintes de la vie sans chez soi et toutes les discriminations en découlant. Des contraintes temporelles lourdes et complexes faisaient également partie de leur réalité et devaient être connues du médecin. Cette connaissance des personnes par le médecin nécessitait donc des qualités relationnelles telles que l'écoute, l'empathie, la bienveillance dont le corollaire était le temps accordé à la consultation.

Hormis cette attente primordiale, les personnes sans chez soi avaient des attentes biomédicales variées résumées ainsi :

- La disponibilité
- Un rôle de prévention et d'explications
- La prise en compte globale de sa personne
- L'adaptation aux besoins de la personne
- Une bonne continuité et coordination des soins
- Le professionnalisme

Enfin, les personnes ont laissé transparaître leur besoin d'être au centre, premier décideur en ce qui concerne leur prise en charge sanitaire et leur trajectoire de soins.

II Discussion sur les atouts et limites de cette étude

II.1 Échantillonnage et inclusion

La méthode d'échantillonnage théorique nous a permis de faire varier les critères que sont la tranche d'âge, le sexe, le nombre de pathologies chroniques, le type de couverture maladie et le type d'hébergement au sein d'une population relativement homogène : celle des personnes sans chez soi usagères des structures d'aides.

Notre échantillon était majoritairement constitué d'hommes (88%), se situant principalement dans la tranche d'âge 40-60 ans.

Le recueil des données s'est déroulé sur 6 mois.

Nous avons essayé de nous rapprocher de centres d'hébergement s'adressant uniquement aux femmes pour équilibrer l'échantillon. Malheureusement, les structures concernées n'ont pas pu répondre positivement à notre demande et le temps nous a manqué pour organiser des entretiens dans les meilleures conditions possibles.

Cependant, l'utilisation rigoureuse du procédé d'échantillonnage homogène nous a permis de faire émerger que le fait d'être usager d'une structure d'aide ou d'être seul sans enfant à charge, peut impacter l'accroche aux soins. Il sera donc intéressant de constituer d'autres études avec un échantillonnage ciblant les personnes n'utilisant pas les structures d'aides, ou des personnes avec enfants notamment, afin d'effectuer une comparaison des résultats obtenus.

II.2 Guide d'entretien, passation des entretiens et statut des chercheuses

Les entretiens ont tous été des moments riches et intenses pour les intervieweuses. Le statut d'interne en médecine générale a pu influencer le déroulement de cette étude :

- d'abord par la nature des réponses recueillies : nous avons essayé dans la mesure du possible de nous présenter comme des étudiantes, sans plus de précision, mais cela n'a pas toujours été possible ;
- ensuite par notre manque d'expérience en recherche, *a fortiori* qualitative : les entretiens ont probablement manqué d'approfondissement. Nous avons parfois été confrontées à la difficulté de recentrer le discours sur nos questions de recherche. Cette peur était sans doute infondée car l'étude *a posteriori* des entretiens a révélé que, des éléments qui nous paraissaient hors sujet, étaient en fait très informatifs ;
- enfin, nous avons également pu être gênées pendant les entretiens par nos présupposés sur les personnes sans chez soi, présupposés notamment liés à notre statut d'interne en médecine. Avant de débiter les entretiens, nous n'avions que très peu de connaissances sur la problématique des personnes sans chez soi ; cela a très certainement influencé notre posture initiale.

Pour parer ces éventuelles faiblesses, nous avons mis en place plusieurs stratégies :

- nous nous sommes formées à la recherche qualitative et à la passation d'entretiens lors de l'école d'automne 2018 de la FAYR GP (French Association of Young Researchers in General Practice)
- nous avons observé la réalisation du premier entretien par notre directrice de thèse. Nous avons ensuite réalisé 2 entretiens en binôme de chercheuses avec une intervieweuse et une observatrice afin que cette dernière puisse effectuer un retour sur le déroulement de l'entretien. Les premiers entretiens ont également fait l'objet d'un retour critique par notre directrice de thèse.
- la tenue d'un carnet de bord. C. BARIBEAU (2005) le définit ainsi : « Le journal de bord est constitué de traces écrites, laissées par un chercheur, dont le contenu concerne la narration d'évènements [...] des idées, des émotions, des pensées, des décisions, des faits, des citations ou des extraits de lecture [...] contextualisés [...] dont le but est de se souvenir des évènements, d'établir un dialogue entre les données et le chercheur à la fois comme observateur et comme analyste, [et de permettre au chercheur] de se regarder soi-même comme un autre. » (65). Cela nous a donc permis d'essayer de prendre conscience de nos *a priori* et de nos émotions, de critiquer notre posture de chercheuse (notamment en tant qu'interne, que femme, qu'appartenant à une certaine classe sociale). Il nous a aussi permis de reformuler la question recherche et de discuter nos choix méthodologiques (annexe 4).
- nous avons mené une analyse réflexive de notre étude grâce à la grille COREQ (annexe 5).

II.3 Analyse des données

- Une analyse rigoureuse assistée par le logiciel N-Vivo

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel N-Vivo version 12. Cela nous a permis de centraliser les données textes et de réaliser l'analyse inductive de la façon la plus exhaustive possible. Nous avons également pu conserver une trace de la méthode et des encodages. Avec N'Vivo 12, les opérations de codages ont été réalisées par les chercheuses uniquement, permettant une analyse et une interprétation et non un catalogue d'idées générées par analyse lexicale

informatisée.

Nous avons donc tiré un triple avantage du logiciel : centralisation des données, transparence de la démarche et rigueur de l'analyse, le tout nous permettant d'augmenter la validité de notre étude. L'utilisation de logiciels dans ce type d'analyse est décrite, et ses atouts ont déjà été rapportés (66).

- Une triangulation des données rigoureuses permise grâce à la réalisation de la thèse en binôme

La double analyse des entretiens permise grâce à la réalisation en binôme de cette thèse est une des forces de notre étude. Il aurait été intéressant cependant de soumettre les résultats de notre analyse aux PSCS.

- Quantité de données à traiter

La grande quantité de données recueillies a rendu l'analyse très vaste. La nécessité de cohérence dans la restitution et d'éviter l'écueil du catalogue interminable a pu entraîner une perte de données lors de la restitution.

III Le vécu des personnes sans chez soi, une réalité qui façonne les attentes

III.1 Sans chez soi et précarité : l'exclusion sociale expliquant un besoin exacerbé de compétences relationnelles

Notre étude a mis en avant la prédominance des attentes des PSCS sur les compétences relationnelles par rapport aux compétences biomédicales. A la question « pour vous, c'est quoi un bon médecin généraliste ? » les premières réponses, émises spontanément, portaient sur : la connaissance du patient par le médecin, son rôle de confident, l'écoute, le temps, la disponibilité, l'empathie, la confiance... Ce n'était qu'en approfondissant l'entretien qu'étaient exprimées des attentes en termes de compétences biomédicales.

En 2003, une étude portant sur les attentes et les perceptions de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale est parue dans la « Revue du praticien ». La population de cette étude n'était pas précaire. Les auteurs concluaient

que les critères de qualité de la relation médecin-malade étaient les suivants : « les compétences, l'expérience, l'écoute, la disponibilité, une relation de partenariat et non plus paternaliste » (67). En comparaison à cette étude, deux travaux de thèses menés par des internes en médecine générale, publiés en 2015 et 2017, concluaient que « le vécu et les attentes des patients vis à vis de la relation avec leur médecin traitant [semblaient] rejoindre ceux de la population générale » (68) et que « leurs attentes n'étaient pas spécifiques par rapport à la population générale et se calquaient sur les compétences que doivent acquérir les soignants au cours de leur exercice » (69).

Dans notre étude en revanche, il nous a semblé qu'il existait une spécificité des attentes des PSCS dans la mesure où les compétences relationnelles semblaient prendre le pas sur les compétences biomédicales. Notre constat rejoint celui de l'interne en médecine générale N. BALLIDAN, dont la thèse d'exercice soutenue en 2015 se donnait pour objectif principal de répondre à la question suivante : « quelle place les patients en situation de précarité attribuent-ils aux médecins généralistes de ville dans leurs parcours de soins ? » (70). Elle concluait entre autres que « les compétences humaines prenaient le pas sur les compétences biomédicales, d'ailleurs rarement remises en cause. Les qualités de communication et de psychologie apportaient, en revanche, une « plus-value » au médecin généraliste ». Nous pouvons citer également la thèse d'exercice des médecins S. TOUATI et S. VERGAN publiée en 2017. Ceux-ci exploraient les parcours de soins et le vécu du suivi de patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire. Dans leur discussion, ils écrivaient « on notait toutefois parmi les bénéficiaires de l'AME des compétences relationnelles escomptées qui primaient sur les compétences cliniques » (37).

Ces dernières données de la littérature associées à une analyse fine du discours nous ont amenées au postulat que nos résultats s'expliquaient par la situation de précarité dans laquelle se trouvaient les PSCS interrogées. En effet, nous avons émis l'hypothèse qu'il existe un lien entre le besoin accru d'écoute et les événements de vie traumatique exprimés. Discriminations, racisme, manque de considération de la part des différents acteurs des structures sanitaires, autant de souffrances psychiques d'origine sociale, pouvant mener à l'autodépréciation et à la culpabilité

dans un premier temps, au découragement, voire au désespoir dans un second temps. C'est la définition de la « souffrance psycho-sociale » selon J. FURTOS (71). Menée à son paroxysme, celle-ci peut engendrer un « syndrome d'auto-exclusion » : afin de ne plus souffrir, les personnes décident de s'auto-exclure de la commune humanité et d'elles-mêmes. Ceci se manifeste le plus souvent par la triade suivante : anesthésie corporelle, émoussement affectif et inhibition intellectuelle. Elle peut être accompagnée de signes paradoxaux : non demande, réaction thérapeutique négative et inversion sémiologique des demandes. L'apparition de ce syndrome est d'autant plus probable que les conditions de vie sont extrêmes. Au cours de notre étude, nous n'avons pas été directement confrontées à ce syndrome d'auto-exclusion, en partie car nous avons effectué notre recrutement dans des structures d'aides : les personnes rencontrées n'étaient pas les plus marginalisées. Néanmoins, elles étaient plus ou moins précaires. Ce qui, selon la définition de la précarité de J. FURTOS, peut se manifester par une triple perte de confiance : celle en autrui, celle en soi-même et celle en l'avenir. Le besoin de nous raconter ces épisodes douloureux révélait le fondement d'une perte de confiance envers le système de santé français et ses acteurs. Ainsi, retrouver confiance en autrui, en l'occurrence le médecin, semble être une étape préliminaire indispensable dans le rétablissement socio-sanitaire, passant par l'écoute.

Un article publié en 2017 dans « Les cahiers de la lutte contre les discriminations » (72) retrouve également que « les personnes sans chez soi recherchent d'abord l'écoute et l'attention nécessaires pour se raconter et prendre conscience qu'elles valent la peine ». Cette phrase résumait parfaitement ce que nous avons retrouvé dans nos résultats.

III.2 Le rapport au temps comme norme sociale

Par ailleurs, nous avons souhaité porter une attention particulière au rapport au temps des PSCS. Les études portant sur l'impact de la temporalité des PSCS sur le soin sont peu nombreuses. Or, il est admis que le temps n'est pas un élément socialement neutre. Le Nouveau Dictionnaire Critique d'Action Sociale indique que « le rapport qu'entretient chaque individu avec le temps est caractérisé par ses appartenances (famille, religion, classe sociale, nation...) et influencé par des cadres sociaux ». Cela est particulièrement visible dans nos résultats.

Nous avons parfois observé une perte de la notion du temps depuis la perte du logement. Cela était dû, nous ont rapporté les personnes concernées, au fait que leur vie était perçue comme « vide », entraînant ainsi une perte de repères. Ce constat rejoint celui de P. DECLERCK exposé dans son ouvrage « Les naufragés, avec les clochards de Paris » (73). Il y écrit « Le sujet, psychiquement, n'occupe plus que le point de l'instant, cet atome de réel entouré de néant. Cette forme particulière de rapport à la réalité condamne à l'impossibilité de penser. L'atome de temps ne se pense pas puisqu'il ne saurait prendre son sens qu'au regard du passé et du futur ». Cependant, nous avons également recueilli chez ces personnes un discours biographique précis qui semblait avoir un rôle identitaire important. Comme le dit B. CYRULNIK « le récit de soi n'est pas le retour du réel passé, c'est la représentation de ce réel passé qui nous permet de nous ré-identifier et de chercher la place sociale qui nous convient » (74). Une des hypothèses à cette divergence de résultats est que nous avons rencontré des personnes moins marginalisées que celles observées par P. DECLERCK.

En revanche, le déroulé des journées était très précis. Une des explications peut se trouver dans l'organisation des systèmes d'urgence sociale. Cela est notamment rapporté dans « Temporalités des services d'aides et des sans-abris dans la relation d'urgence sociale. Une étude du fractionnement social ». E. GARDELLA y pointe notamment « les effets en termes d'incertitude dans l'existence des individus dominés, d'un rationnement temporel des aides proposées par les institutions de la protection sociale et de santé » (75).

Le temps s'est également révélé être un marqueur d'intégration sociale. Ainsi, un interviewé était extrêmement précis dans son rapport au temps, tant pour les intervalles de renouvellement de ses traitements, que pour le délai qui le séparait de l'éventuelle réintégration d'un logement. Cette perception du temps montre à quel point ce dernier permet le lien social. Une hypothèse serait que plus la personne s'éloigne de l'exclusion, plus elle retrouve un rapport au temps précis, celui qui structure notre société.

Finalement, le rapport au temps que nous ont rapporté les personnes sans chez soi était un mélange complexe entre le temps biographique (celui qui permet de retracer

le fil de son histoire), le temps imposé (par les structures d'urgence sociale) et le temps de l'avenir (possible uniquement si une stabilité du présent est obtenue).

Ce rapport complexe des personnes sans chez soi, fait partie, au vu des résultats de notre étude, des notions dont le médecin traitant doit avoir connaissance pour que l'accroche au soin puisse se faire.

Par ailleurs, une recherche pluridisciplinaire (socio-épidémiologique) menée entre 1996 et 1998 par P. CHAUVIN et I. PARISOT (76) introduisait une dimension « diachronique » dans l'analyse du mode de recours aux soins. Elle portait sur des consultants de cinq centres de soins gratuits en région parisienne, donc potentiellement précaires. Les chercheurs estiment que dans de tels centres, la dimension assistancielle interfère avec les dimensions médicale et sociale. Ils écrivent que « Les attentes d'un individu envers le centre et son utilisation des services proposés se transforment en effet avec l'évolution de son état de santé et de sa situation sociale, avec l'évolution du regard qu'il porte sur sa situation, ainsi qu'au fil des visites du fait de ses interactions avec les intervenants et de l'intériorisation des normes en vigueur dans le centre ». A la lumière de ces éléments, nous avons tenté d'établir un lien entre l'ancienneté de la perte du logement et le degré d'accroche aux soins. Une tendance se dégage effectivement : nous avons noté que plus la perte de logement était ancienne, plus l'accroche avec le médecin généraliste semblait difficile. Malheureusement, cette question n'a pas été pensée préalablement à la rédaction de notre guide d'entretien. Nous ne pouvons donc rien conclure. C'est un axe intéressant à approfondir dans une éventuelle recherche ultérieure.

III.3 Les attentes biomédicales, la relation délibérative : les marqueurs d'une inclusion sociale

Après avoir spontanément évoqué les compétences relationnelles comme principale qualité attendue du médecin généraliste, les PSCS ont mentionné diverses compétences biomédicales : soins de premier recours, prévention/éducation, suivi/coordination des soins, vision holistique du soin, professionnalisme. Toutes les compétences du médecin généraliste exposées par le WONCA et le Collège National des Enseignants Généralistes ont été citées (4). Ceci signifie donc que le rôle central joué par le médecin généraliste dans la prise en charge médicale a été

identifié. Contrairement à ce qu'ont analysé S. TOUATI et S. VERGAN dans leur étude PASSAGE (37) les sujets de notre étude ne semblaient pas s'inscrire dans une relation plus paternaliste que la population générale. L'entretien n°8 illustre très bien cette idée : « Je ne l'aimais pas de toute façon, parce qu'une fois, mon fils avait attrapé des boutons. Moi j'étais marié encore, et ma femme elle lui a dit : "faites-lui une prise de sang" et il voulait pas. Je lui dis "oh tu vas la faire la prise de sang ou quoi ? ". Il lui a fait la prise de sang ».

Ce résultat différent pourrait s'expliquer par le fait que dans leur étude, les patients étaient d'origine étrangère, et que les normes relatives à la santé sont en grande partie socio-induites. Il va en revanche dans le sens de la publication sus-citée « Étude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale » (77) qui constatait que les attentes de la population générale vis-à-vis des médecins généralistes avaient évolué au cours du temps, passant d'un modèle paternaliste à un modèle délibératif : « Le patient nouveau est plus exigeant, il ou elle veut savoir, ou pouvoir choisir, en fonction des informations qui lui sont données, mais aussi de sa propre expérience en tant « qu'usager de la santé » ».

Les PSCS vivent donc des situations d'exclusion et de stigmatisation menant à une perte de confiance en autrui et parfois à une distorsion de leur rapport au temps pouvant d'autant plus entraver le lien social.

Pour autant, les personnes rencontrées lors de cette étude prenaient part intégrante à la marche de la société contemporaine. Elles étaient averties, informées et tenaient à le rester.

Cette apparente dualité entre exclusion et inclusion peut en partie expliquer le sentiment de déroutement du médecin généraliste peu averti, lorsqu'il se retrouve confronté à la prise en charge d'une personne sans chez soi.

IV Regards croisés

IV.1 Mise en lien des obstacles des médecins généralistes et des attentes des PSCS

Compte-tenu des constats précédemment exposés, nous avons tenu à confronter les attentes des PSCS aux difficultés exprimées par les médecins généralistes. Pour cela, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'étude du Docteur M. JEGO (58).

- Sur le plan financier

Il est aisément concevable que l'absence de couverture maladie constitue un frein à l'accès aux soins de droit commun, et cela a été confirmé par les PSCS de notre étude. De même, il est apparu que cet aspect financier pouvait représenter un frein à la prise en charge des PSCS par les médecins généralistes (réalisation d'actes gratuits, difficultés, retards ou échecs de rémunération par l'Assurance Maladie ...).

Comment remédier à cela ? Le tiers-payant intégral doit être systématiquement pratiqué pour les bénéficiaires de la CMU-complémentaire, de l'ACS, de l'AME. Il apparaît nécessaire de poursuivre l'universalisation de la couverture maladie, en la rendant complète (donc comprenant la part complémentaire) et permanente (aucune rupture, quelle que soit la situation). Cela irait dans le sens des prérogatives de l'OMS lors de la Conférence d'Alma Alta.

La sénatrice A. ARCHIMBAUD, dans son rapport publié en 2013, rappelait la nécessité de « faire appliquer la loi en matière de dispense de frais et d'interdiction des dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CMU-c » (proposition n°17) (78).

Par ailleurs, il semblerait légitime de développer les réseaux type « PASS de ville ». Ce dispositif innovant a vu le jour en janvier 2019 à Marseille, sous l'impulsion du CASO de Médecins du Monde (79). Il permet aux personnes dont l'obtention des droits est en cours, de consulter des médecins sans avance de frais, et il garantit aux médecins le paiement des actes dans un délai raisonnable.

Il est par ailleurs intéressant de noter l'existence d'un service de « Consultation des droits en ligne » CDR, proposé par l'Assurance Maladie et mis à disposition de tous les professionnels de santé, via la carte CPS (80). Il s'agit d'un système d'interrogation par Internet de l'ensemble des fichiers des CPAM et Caisses

Générales de Sécurité sociale permettant de s'enquérir de l'existence ou non de droits. On peut toutefois craindre un mésusage de ce service, qui consisterait à opposer un refus de soins en cas d'absence de couverture maladie.

- L'aspect chronophage

Cet aspect était récurrent dans le discours des médecins généralistes. En effet, la complexité de la prise en charge des PSCS (gestion des questions sociales, intrication de problématiques de santé et difficulté de récupération des informations médicales) à laquelle s'ajoute le besoin d'écoute du patient, rendent inenvisageable une durée de consultation traditionnelle de 15 à 20 minutes.

A la lumière de nos résultats, ce point est fondé, il y a en effet une demande importante de la part des PSCS sur la possibilité d'avoir des consultations longues. Cependant, nous retrouvons une discordance entre les raisons évoquées par les médecins généralistes et les PSCS. Les premiers mettent en avant le temps que prend de résoudre des problématiques multiples : questions sociales, médicales etc. Les secondes disent avoir besoin de temps pour se raconter et créer un lien de confiance. Ils ne demandaient pas en premier lieu de solution à leurs problématiques sociales ou médicales.

Cette différence de point de vue peut expliquer en partie le difficile vécu émotionnel rapporté par certains médecins lors de la prise en charge des PSCS. Un sentiment d'impuissance est souvent mis en avant par les médecins (13). Les résultats de notre étude permettent d'ouvrir la réflexion sur le fait que ce sentiment peut être infondé. Les personnes ne nous ont en effet pas rapporté attendre de leur médecin généraliste qu'il règle leur problématique sociale. Le médecin généraliste semble plutôt avoir un rôle de partenaire dans le cadre d'une reconstruction progressive de la personne. Il n'était jamais présenté comme celui qui règle les problèmes, mais comme une ressource.

En outre, une piste concernant le manque de temps énoncé par les médecins généralistes se trouve dans la loi « Ma Santé 2022 » qui prévoit la création de nouvelles fonctions d'« assistant médical ». La personne amenée à assurer ces fonctions pourra notamment assumer une partie des tâches administratives, une aide à la préparation et au bon déroulement de la consultation (prise des constantes,

recueil d'informations utiles sur le mode de vie) ainsi que des missions d'organisation et de coordination (81).

Enfin, la rémunération à l'acte semble constituer un écueil à la prise en charge des personnes précaires. La création d'une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) « précarité » pourrait être une réponse à l'aspect chronophage décrit par les médecins.

- L'isolement ressenti, les conditions d'exercice

Dans le rapport sur la santé des personnes sans chez soi, les auteurs écrivaient « les médecins généralistes sont demandeurs d'une « structure de coordination » autour du patient, de la création d'un « guide des personnes et structures » et de la mise en place d'un « numéro vert avec médecin de permanence ». » (3).

L'exercice en collaboration, au mieux en centres de santé regroupant diverses spécialités et professions (psychologues, travailleurs sociaux) peut soulager la charge du médecin généraliste (82). Il peut contribuer à diminuer le sentiment d'impuissance et par conséquent l'impact émotionnel que peut susciter la prise en charge des personnes en situation de précarité. Rappelons que la loi française va dans le sens de l'exercice collaboratif et que « l'exercice isolé doit devenir l'exception à l'horizon 2022 » (81).

L'existence d'un guide référençant la majorité des structures sanitaires et/ou sociales peut s'avérer d'une grande utilité pour les professionnels de santé. A Marseille, il existe un « Guide de l'urgence sociale » édité par le SAMU social et la ville de Marseille, principalement destiné aux personnes en difficultés. Le projet ASSAB a quant à lui proposé un « Outil d'Orientation Médicale à Marseille » sous forme de poster, destiné aux différents partenaires impliqués dans la prise en charge des personnes précaires à Marseille, visant à améliorer la coordination des différents acteurs.

V. GIRARD et al. proposaient la création de Maisons d'Accompagnement, de Liaison et de Suivi Socioanitaire (MALISS), qui seraient une plate-forme d'orientation vers les acteurs sociaux pour les médecins généralistes. Elles apporteraient en outre un soutien à ceux qui les solliciteraient dans la prise en charge des PSCS.

- La faible observance thérapeutique et l'impossibilité de maintenir une relation de soins stable

Ce point semblait crucial pour les médecins généralistes interrogés dans l'étude du Docteur JEGO. Plusieurs axes explicatifs existent dans la littérature, pouvant s'entremêler. L'un d'entre eux consiste à évoquer des représentations de la santé et de la maladie qui différeraient dans cette tranche de la population et qui constitueraient des déterminants sociaux de santé péjoratifs (83). Un autre consiste à rappeler la réalité du quotidien des PSCS entraînant une sous-estimation de leurs besoins de santé par rapport aux autres besoins fondamentaux (57). Nos travaux nous mènent à évoquer deux raisons supplémentaires. La première consiste à rappeler que ce comportement peut être lié à un manque d'accroche, dont la responsabilité serait imputable au médecin. M. JEGO expliquait d'ailleurs que les médecins impliqués dans la prise en charge des PSCS considéraient que l'échec ou la réussite de l'instauration d'un suivi relevait de leur seule responsabilité. Il ne faut cependant pas occulter la dimension psycho-socio-anthropologique du rapport au soin à un instant T, parallèle au degré de rétablissement social et à la capacité de faire des choix. C'est ce que nous discuterons dans la partie 5.

IV.2 La nécessaire adaptation de l'un à l'autre, approche sociologique

D'après une étude de 2006 menée par la DREES, en moyenne sur la période 1990-2002, 43% des médecins en activité avaient un père qui était cadre supérieur (84). Le revenu moyen des médecins généralistes ayant une activité libérale en 2011 est de 82 020 euros (85). Chez les personnes SDF, presque un homme sur cinq ne peut préciser le métier de son père (père inconnu). Parmi les autres, 49 % ont un père ouvrier contre 31% pour les habitants de l'Île de France (86). On retrouve qu'en 2012, parmi les adultes nés en France et hébergés par un service d'aides ou fréquentant un lieu de distribution des repas, 23% d'entre eux avaient été placés dans leur enfance. Cette proportion est de moins de 3% au sein de la population des ménages disposant d'un logement (87). Pour ce qui est des revenus, une étude portant sur 4 100 sans domicile recrutés dans des structures d'accueil (distribution de repas chauds) dans 80 agglomérations de France, retrouve que le revenu médian des personnes sans domicile vivant seules (67% des sans domicile) est de 381 euros. Un quart perçoit moins de 183 euros et un quart plus de 579 euros (88).

Ces données, bien que grossièrement brossées et assez évidentes, permettent de comprendre rapidement le décalage qui peut exister entre le médecin et le patient sans chez soi. Les PSCS nous ont donc rapporté le besoin d'être connues, leur réalité étant en effet bien loin de celle de leur médecin.

IV.3 L'influence des déterminants sociaux dans le soin et impact de la formation des médecins

Si des ajustements organisationnels et un travail du médecin généraliste sur l'écoute sont nécessaires, au vu des différences sociologiques qui séparent le médecin généraliste et la PSCS, ils ne sauraient être suffisants.

Une étude menée à New York en 1996 montre que les médecins appartenant à des minorités et les femmes médecins sont beaucoup plus susceptibles de s'occuper de patients minoritaires et pauvres. Une association existe également entre les antécédents socioéconomiques des médecins et la situation socio-économique des patients (89).

Une autre étude randomisée menée aux États Unis évaluait les réponses à un questionnaire auprès d'étudiants en médecine en première, quatrième année d'études, ainsi qu'à des médecins. Les résultats suggèrent que les perceptions de l'injustice diminuent au cours du processus d'acculturation à la profession médicale (90). De même, l'empathie diminuerait au fil des années d'études. Cela pourrait être expliqué par le stress vécu par les étudiants et le processus de sélection auxquels ils sont soumis (91). Le cursus médical ainsi que l'origine sociale majoritairement aisée des médecins semblent être des facteurs péjoratifs dans la rencontre avec les PSCS, il paraît donc important de former les étudiants à la compréhension de ces différences. Une étude publiée dans le JAMA montre qu'il existe des outils de formation à la compréhension de l'environnement particulier des patients qui peuvent aider dans la prise en charge des patients. Les étudiants ayant bénéficié d'une formation de quatre heures à cette approche contextuelle, étaient significativement plus aptes à prendre en compte les problématiques liées à l'environnement lors de la prise en charge d'un patient (90%), contre seulement 62% pour ceux qui n'avaient pas bénéficié de la formation (92).

Une approche du soin centrée sur la prise en charge des facteurs environnementaux, quels qu'ils soient, pourrait faire l'objet d'une formation particulière dans les études de médecine. C'est d'ailleurs ce qui est fait avec la notion d'approche centrée patient distillée au cours de la formation.

La collaboration entre sociologues et médecins semble également intéressante. Cela pourrait constituer un moyen de diminuer les ISS. L'étude « Prise en charge des personnes précaires en médecine générale : exemple d'une recherche sociologique de terrain menée avec l'URPS Médecins Nord-Pas-de-Calais » montre que « L'apport des sciences humaines permet de donner un éclairage différent et [...] de pondérer ou d'expliquer certaines carences dans la prise en charge des personnes précaires en médecine générale, problème au cœur des politiques publiques actuelles » (93). Le travail réflexif que permet la sociologie sur sa pratique en tant que médecin généraliste semble donc important.

V Choisir son médecin

Parmi les personnes que nous avons interviewées, la majorité (11 sur 16) bénéficiait de la PUMa. Elles devaient donc s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés. En pratique, cela n'était pas le cas.

Les PSCS ont rapporté les difficultés qu'elles éprouvaient à se soigner si leurs besoins primaires n'étaient pas assurés. Cela est retrouvé dans l'étude TREPSAM : « Un recours au soin n'étant pas une action « hors sol », il s'inscrit dans un quotidien » (57).

Ce quotidien nous a été décrit par certaines personnes interviewées. On y retrouve les contraintes également décrites dans l'étude TREPSAM : le combat quotidien pour assurer ses besoins vitaux (boire, manger, se laver, laver son linge, aller aux toilettes, dormir, se poser).

V.1 Le choix et la capacité de choisir

Mais il est nécessaire de discuter ici la notion de « contraintes physiques » rendant les soins impossibles. En effet, une solution simpliste serait de penser qu'il suffit de donner aux personnes les éléments de première nécessité, de les accompagner aux rendez-vous médicaux et qu'ainsi elles pourraient bénéficier d'un parcours de soins. Ce n'est pas du tout le besoin que nous ont rapporté les personnes interviewées. En

effet, au centre de leur discours se trouvait la notion de « choix ». Les personnes avaient besoin d'être actrices dans le choix de leur médecin traitant, et donc dans leur parcours de soins. Afin que le parcours de soins soit possible, les PSCS nous révélaient qu'il était préférable de leur donner les moyens de choisir et d'agir, plutôt que de faire à leur place. Ceci a également été retrouvé dans la recherche du médecin N. BALLIDAN citée précédemment « Un deuxième point est qu'il arrive parfois pour les personnes en hébergement, qu'elles soient orientées vers un médecin [...]. Bien que compréhensible, cette pratique pose la question de l'adhésion à une démarche thérapeutique, basée sur la relation médecin/malade, lorsque le patient n'est pas à l'origine du soin, ni du choix de son référent médical principal » (70). Cette notion rejoint celle de « capacité » retrouvée dans la littérature.

V.2 La capacité, approche structurelle

Le désir de choisir son médecin revendiqué par les personnes sans chez soi, identifié dans notre étude comme une condition nécessaire à l'accroche au soin, renvoie à la notion de « capacité ». Ce concept développé par l'économiste Amartya Sen (prix Nobel d'économie en 1998) nous permet d'étendre nos résultats explorant le ressenti individuel, à une conception plus globale explorant l'organisation de la société. Amartya Sen définit la « capacité » (parfois traduit par le néologisme *capabilité*) comme ce qu' « une personne peut faire et peut être » (94) ou encore comme « la liberté réelle qu'a une personne de choisir entre les différentes vies qu'elle peut mener » (95) (p. 218).

En pratique, cette approche est intéressante car elle n'aborde pas uniquement le problème de l'accès aux ressources dont nous parlions plus haut, mais aussi la possibilité qu'a la personne de faire des choix et d'utiliser les moyens qu'elle a à sa disposition. On arrive donc à envisager de façon concomitante (87) :

- la nécessité de ressources,
- ce qui est nécessaire à leur conversion (facteurs individuels sociaux et environnementaux),
- la participation de la personne,
- le degré de normativité (96).

La notion de conversion définit le fait de convertir une possibilité (aller chez le médecin sans devoir faire l'avance des frais) en une opportunité réelle (que cela ait du sens d'aller chez le médecin).

La normativité permet de définir une notion exigeante de la liberté. En effet, la capabilité sous-entend que l'individu participe aux choix concernant sa santé, et d'autre part que la normativité soit la plus faible possible. Les personnes affirmaient que certaines structures de soins étaient stigmatisantes, notamment dans des services de santé gratuits où il fallait arriver tôt. Cette normativité empêchait l'accès aux soins.

L'approche par capabilité permet de remettre la liberté de la personne au centre de ses besoins fondamentaux.

Cette approche est celle que l'on retrouve dans le dispositif « Un chez soi d'abord ». Ce programme, d'abord expérimental sur 4 territoires (Marseille, Lille, Toulouse et Paris), se déroulant entre 2011 à 2016, s'adresse aux personnes sans-abri présentant des troubles psychiatriques sévères. Il est innovant car il « ne conditionne pas l'accès à un logement ordinaire à la réussite d'un certain nombre d'étapes préalables, à l'arrêt des consommations psychoactives ou à la prise d'un traitement relatif aux troubles psychiques » (97). Cela respecte un degré de normativité très faible, la ressource est mise à disposition, et les personnes participent et sont au centre du projet.

Dans le cadre de ce programme favorisant une approche déstigmatisante, le savoir expérientiel est mis en avant grâce à l'intégration de médiateurs de santé-pairs dans les équipes, le but étant de valoriser la compétence des personnes acquise via leur trajectoire de vie (98).

La mesure de l'efficience de ce dispositif est extrêmement encourageante. Une étude prospective randomisée a été réalisée pendant 24 mois, comparant un bras de 353 personnes incluses dans le programme et un bras de 352 personnes non incluses (99). Les résultats définitifs ont montré que le programme est une solution efficace et efficiente. Les personnes incluses dans le programme ont eu un accès au logement plus rapide, l'occupent de façon plus stable, passent moins de nuits à l'hôpital, ou dans des structures (100). Le dispositif est désormais sorti du domaine expérimental et est inscrit dans le droit commun (11). Son efficacité a notamment influencé la conception du « plan quinquennal pour le logement d'abord 2018-2022 »

(101). On peut simplement regretter le fait qu'il ne s'applique qu'aux personnes présentant des troubles psychiatriques sévères.

Il s'agit d'un changement d'approche exigeant, qui comporte des défis de grande ampleur, dont celui résumé ainsi par T. BOSSETI (102) « ce pari de porter un regard capacitaire sur les situations permet d'adopter une méthode d'accompagnement plus respectueuse des patients, il sera en revanche difficile de transmettre un style d'accompagnement qui a bénéficié d'un effet pionnier. Il est donc urgent de diffuser les méthodes d'accompagnement de ces équipes, sans lesquelles les soins orientés vers le rétablissement risquent de devenir une simple injonction laissant une proportion non négligeable des patients dans une impasse existentielle tout aussi dramatique que celle de la période asilaire ».

Pour conclure, la trajectoire de soins coordonnée par le médecin généraliste n'est possible que si la prise en charge du patient s'inscrit dans une perspective extrêmement complexe et fine de rétablissement social.

Conclusion

Les PSCS nous ont rapporté un parcours de vie extrêmement dur et une société stigmatisante et excluante. Les attentes exprimées concernent avant tout les compétences relationnelles, permettant leur accroche aux soins. Néanmoins, les compétences biomédicales sont également requises et leur vision de la relation semble tendre vers un modèle délibératif.

Cela implique pour le médecin un socle de connaissances concernant les problématiques attenantes à la précarité, ainsi qu'une déconstruction de ses propres représentations.

Cependant, il ne faut pas négliger l'impact de la condition psycho-socio-anthropologique de la personne sans chez soi, en particulier sa possibilité de faire des choix.

L'adaptation de la posture du médecin généraliste n'est rien sans la profonde remise en question actuelle de notre système d'aides aux personnes sans chez soi. Une véritable mise en réseau des différents acteurs est nécessaire, en gardant toujours à l'esprit que la personne doit être la première décideuse de sa trajectoire de soins, voire de restauration sociale.

La trajectoire de soins n'est finalement plus l'enjeu majeur mais devrait être pensée comme la résultante d'un processus lent et complexe dont la pierre angulaire serait le respect de la personne et de ses choix dans le cadre du rétablissement social.

Bibliographie

1. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. Lettre_de_mission_Docteur_Vincent_Girard.pdf [Internet]. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_de_mission_Docteur_Vincent_Girard.pdf
3. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. :237.
4. Allen DJ, Heyrman PJ. WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. :52.
5. M. C, Firdion J-M, Marpsat M, Lecomte T. Vie et sante des personnes sans domicile a Paris. Popul Fr Ed. sept 1998;53(5):1050.
6. Pour une meilleure connaissance des sans-abri et de l'exclusion du logement. Rapport final du groupe de travail sur les sans-abri. CNIS n° 29, mars 1996.
7. L'enquête sans-domicile 2001 Insee Méthodes n° 116 - août 2006.
8. Conférence de consensus. Sortir de la rue. Rapport du jury d'audition. 2007.
9. Damon J. Les SDF en France : difficultés de définition et de prise en charge. J Droit Jeunes. 2003;N° 223(3):30- 5.
10. Clanché F. Le classement des situations de logement : les sans-domiciles dans des nomenclatures générales. Notes méthodologiques. Sociétés Contemp. 1998;30(1):181- 96.
11. Décret n° 2016-1940 du 28 décembre 2016 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique « Un chez-soi d'abord ». 2016-1940 déc 28, 2016.
12. ARS PACA. Programme régional d'accès à la prévention et aux soins, PRAPS 2012-2016.
13. Jego M, Grassineau D, Balique H, Loundou A, Sambuc R, Daguzan A, et al. Improving access and continuity of care for homeless people: how could general practitioners effectively contribute? Results from a mixed study. BMJ Open. nov 2016;6(11):e013610.
14. Françoise Yaouancq, Alexandre Lebrère, Maryse Marpsat, Virginie Régnier (Insee) Stéphane Legleye, Martine Quaglia. L'hébergement des sans-domicile en 2012 - Insee Première - 1455 [Internet]. [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281324>
15. Fondation Abbé Pierre. L'état du mal-logement en France 2019. Rapport annuel n°24. 2019.

16. Dossier complet – Commune de Marseille (13055) | Insee [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-13055>
17. Anne Brunner, Louis Maurin. Rapport sur les inégalités en France , édition de l'Observatoire des inégalités. 2019. 176 pages ISBN : 978-2-9553059-6- 6.
18. Alexandre Daguzan, Cyril Farnarier. Estimation du nombre de personnes sans abri à Marseille en 2016.
19. Joseph Wresinski. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. 1987.
20. De la Rochère B. La santé des sans-domicile usagers des services d'aide. INSEE; 2003.
21. Blanpain N. « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers »,. INSEE Première, n° 1584, Insee, février. 2016;
22. Brudney K, Dobkin J. Resurgent Tuberculosis in New York City: Human Immunodeficiency Virus, Homelessness, and the Decline of Tuberculosis Control Programs. *Am Rev Respir Dis*. 1 oct 1991;144(4):745- 9.
23. Beijer U, Wolf A, Fazel S. Prevalence of tuberculosis, hepatitis C virus, and HIV in homeless people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. nov 2012;12(11):859- 70.
24. Antoine D. Les cas de tuberculose maladie déclarés en France en 2006. *BEH* 10-11: 69-72. 2008;
25. Lee TC, Hanlon JG, Ben-David J, Booth GL, Cantor WJ, Connelly PW, et al. Risk Factors for Cardiovascular Disease in Homeless Adults. *Circulation*. 24 mai 2005;111(20):2629- 35.
26. Kim DH, Daskalakis C, Plumb JD, Adams S, Brawer R, Orr N, et al. Modifiable cardiovascular risk factors among individuals in low socioeconomic communities and homeless shelters. *Fam Community Health*. déc 2008;31(4):269- 80.
27. Frencher SK, Benedicto CMB, Kendig TD, Herman D, Barlow B, Pressley JC. A comparative analysis of serious injury and illness among homeless and housed low income residents of New York City. *J Trauma*. oct 2010;69(4 Suppl):S191-199.
28. Mackelprang JL, Graves JM, Rivara FP. Homeless in America: injuries treated in US emergency departments, 2007-2011. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2014;21(3):289- 97.
29. Topolovec-Vranic J, Ennis N, Colantonio A, Cusimano MD, Hwang SW, Kontos P, et al. Traumatic brain injury among people who are homeless: a systematic review. *BMC Public Health*. 8 déc 2012;12:1059.
30. Anne Laporte, Pierre Chauvin. Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social, pp.227, 2004. inserm- 00471925. Obs Samu Soc Pp227 Inserm- 00471925. 2010;

31. Vuillermoz C, Aouba A, Grout L, Vandentorren S, Tassin F, Vazifeh L, et al. Estimating the number of homeless deaths in France, 2008-2010. BMC Public Health. 2014;
32. Ivers J-H, Zgaga L, O'Donoghue-Hynes B, Heary A, Gallwey B, Barry J. Five-year standardised mortality ratios in a cohort of homeless people in Dublin. BMJ Open. 25 janv 2019;
33. Equipe mobile santé mentale communautaire. Mortalité des personnes sans-abri à Marseille, premières données et premières analyses. 2009.
34. Lester H, Wright N, Heath I,. RGCP Health Inequalities Standing Group. Developments in the provision of primary health care for homeless people. Br J Gen Pr J R Coll Gen Pr 5247591 2. févr 2002;
35. Rapport_2017_Mis_en_PAGE_a_Imprimer.pdf [Internet]. [cité 15 juill 2019]. Disponible sur: http://www.mortsdelarue.org/IMG/pdf/Rapport_2017_Mis_en_PAGE_a_Imprimer.pdf
36. Fonds_CMU_Rapport_IV_Juillet_2009_.pdf [Internet]. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: http://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Fonds_CMU_Rapport_IV_Juillet_2009_.pdf
37. Touati S, Vergan S. PASSAGE: Parcours de Soins et vécu du Suivi par les patients bénéficiaires de l'AME en médecine générale ambulatoire. 2017;153.
38. Furtos J. De la précarité à l'auto-exclusion [Internet]. Éditions Rue d'Ulm; 2009 [cité 16 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/de-la-precarite%20a-l-auto-exclusion--9782728837540.htm>
39. Desprès C. une étude par testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. :99.
40. Gardella E, Laporte A, Méner EL. Entre signification et injonction. Pour un travail sur le sens du recours aux soins des sans-abri. Sci Soc Sante. 2008;Vol. 26(3):35- 46.
41. Domin J-P. Crise et transformation du système de soins : vers la fin du paradigme de la solidarité ? 2009;20.
42. Bourgueil, Yann. « Systèmes de soins primaires : contenus et enjeux ». Rev Fr Aff Soc. 2010;(3).
43. Gueslin A. D'ailleurs et de nulle part. Mendiant vagabonds, clochards, sdf en France depuis le Moyen Age. 2013.
44. Parizot I. Soigner les exclus. Presses Universitaires de France; 2003.
45. G. Duby A Wallon. immobilisme et catastrophe 1560-1660, Histoire de la France rurale tome 2. 1975.
46. Michel Foucault. Histoire de la folie à l'age classique. 1972.

47. M.-J. Imbault-Huart. « Médicalisation et fonctions sociales de l'hôpital : une approche historique ».
48. Palier B. 2. La Sécurité sociale de 1945 : l'empreinte originelle. *Quadrige*. 2005;63- 106.
49. Damon J, Ferras B. Chapitre premier. Fondations, ambitions, évolutions. *Que Sais-Je*. 2015;7- 42.
50. Palier B, Bonoli G. Entre Bismarck et Beveridge « Crises » de la sécurité sociale et politique(s). *Rev Fr Sci Polit*. 1995;45(4):668- 99.
51. L'humanitaire médico-social en France - Le site du CNLE [Internet]. [cité 31 août 2019]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/l-humanitaire-medico-social-en.html>
52. Larcher P. Inégalités sociales et santé mentale. *Carnet PSY*. 27 oct 2011;n° 156(7):38- 9.
53. Revol J., Strohl H. Groupe de travail sur l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Rapport général IGAS. 1987.
54. Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. OMS. 2008.
55. Crismer, André, Jean-Luc Belche, et Jean-Luc Van der Vennet. « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne ». *Santé Publique*. 2016;28(3):375-379.
56. Muriel Moisy. Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012. *Etudes Résultats DREES*. 2015;(0933).
57. Cyril Farnarier Mattéo Fano Carlotta Magnani Yannick Jaffré. Rapport de recherche Projet TREPSAM (Trajectoire de soins des personnes sans abri à Marseille). 2015.
58. Maeva Jegou, Gaëtan Gentile, Bernard Giusiano, Roland Sambuc, Hubert Balique et Stéphanie Gentile. Prise en charge des personnes sans chez-soi : intérêt du dossier médical partagé ? *Santé Publique (Vol 30)*,. 2018;pages 233 à 242.
59. Mays, N. & Pope, C. « Qualitative Research : Rigour and qualitative research ». *BMJ*. 1995;311(6997).
60. Dey, I. *Grounding Grounded Theory: Guidelines for Qualitative Inquiry*. (San Diego, CA: Academic Press). 1999.
61. P. Paillé. L'analyse par théorisation ancrée. *Cah Rech Sociol*. 1994;(no 23):147- 81.
62. Glaser, B. et Straus, A. *The discovery of grounded theory*. Chicago : Aldine. 1967.
63. Pierre Paillé alex Mucchielli. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin. 2016.

64. Letrillart L, Bourgois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative (1ère partie). *Exercer* 20(87):74–9.;
65. Colette Baribeau. L'instrumentalisation dans la collecte de données, le journal de bord du chercheur. *Rech Qual – HORS Sér* 2.
66. Mukamurera J, Lacourse F, Couturier Y. Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. 2006.
67. M.C. Dedienne, P. Hauzanneau, J. Labarere , A. Moreau. Relation médecin-malade en soins primaires: qu'attendent les patients? Investigation par la méthode focus groups. *Rev Prat.* avr 2003;Tome n°17(611).
68. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients. *Sante Publique (Bucur).* 2015;Vol. 27(6):837- 40.
69. Villedary Mathilde. Attentes des patients précaires vis-à-vis des professionnels de santé. 2017.
70. Nounja Ballidan. Patients en situation de précarité : quel parcours de soins en médecine générale ? Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients en accueils de jour et centres d'hébergement du Nord. 2015.
71. Furtos J. La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Carnet PSY.* 27 oct 2011;n° 156(7):29- 34.
72. Backer R de. Capabilités et sans-abrisme : pour un recours effectif aux soins. *Cah LCD.* 2017;N° 5(3):43- 60.
73. Declerck P. Les naufragés, avec les clochards de Paris. Paris, éd. Plomb, coll. Terre Humaine, 2001.
74. Boris Cyrulnik. Le murmure des fantômes. Odile Jacob. Paris; 2003.
75. Gardella E. Temporalités des services d'aide et des sans- abri dans la relation d'urgence sociale. *Sociologie.* 5 oct 2016;Vol. 7(3):243- 60.
76. Parizot I, Chauvin P. [The access to care of underserved populations: a research among free clinics patients in the Paris area]. :23.
77. Dr Emile Olaya, Dr Paul Barbedienne. Etude des mutations de la medecine generale. Etude sur les attentes et les représentations de la population vis-à-vis de la médecine générale : enquête auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes. 2005;
78. Archimbaud A. L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité. 2013.
79. Pass de ville à Marseille : un dispositif innovant d'accès aux soins [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.paca.ars.sante.fr/pass-de-ville-marseille-un-dispositif-innovant-dacces-aux-soins>

80. Consultation des droits intégrée (CDRi) [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/consultation-droits-integree-cdri>
81. LOI n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. 2019-774 juill 24, 2019.
82. Giroux F. Lutte contre les inégalités sociales de santé : le rôle des centres de santé. *Humanit Enjeux Prat Débats*. 1 oct 2013;(36):40- 3.
83. Marc Collet. Dynamiques de précarisation, modes d'adaptation identitaire et interactions avec les logiques de santé. Mémoire de DEA de sociologie « Modes De Vie et Politiques Sociales » de Paris 8. 2001;
84. Pascale Breuil-Grenier; Daniel Sicart. L'origine sociale des professionnels de santé. 2006.
85. Anne Pla, Fanny Mikol. Les revenus d'activité des médecins libéraux récemment installés : évolutions récentes et contrastes avec leurs aînés. 2015.
86. Maryse Marpsat; Jean Marie Firdion. Devenir sans-domicile: ni fatalité, ni hasard. *Bull Mens Inf Inst Natl Études Démographiques*. 1996;(313).
87. Firdion J.-M. et Parizot I. Le placement durant l'enfance et le risque d'exposition aux violences à l'âge adulte dans Beck F., Cavalin C. et Maillachon F. (dir.), *Violence et santé en France : état des lieux*. Vol. Drees, collection Études et Statistiques, p. 125-138. 2010.
88. Cécile Brousse, Bernadette de la Rochère, Emmanuel Massé. Les sans domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas chauds. Insee. 2002.
89. Cantor JC, Miles EL, Baker LC, Barker DC. Physician service to the underserved: implications for affirmative action in medical education. *Inq J Med Care Organ Provis Financ*. 1996;33(2):167- 80.
90. Wilson E, Grumbach K, Huebner J, Agrawal J, Bindman AB. Medical student, physician, and public perceptions of health care disparities. *Fam Med*. déc 2004;36(10):715- 21.
91. Newton BW, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. Is there hardening of the heart during medical school? *Acad Med*. mars 2008;
92. Schwartz A, Weiner SJ, Harris IB, Binns-Calvey A. An Educational Intervention for Contextualizing Patient Care and Medical Students' Abilities to Probe for Contextual Issues in Simulated Patients. *JAMA*. 15 sept 2010;304(11):1191- 7.
93. Caroline De Pauw. Prise en charge des personnes précaires en médecine générale : exemple d'une recherche sociologique de terrain menée avec l'URPS Médecins Nord-Pas-de-Calais.
94. Sen A. *Commodities and Capabilities*. Amsterdam: North-Holland; 1985.

95. Amartya Sen. Éthique et économie. 1993. (Paris, PUF).
96. Backer RD. Sorties de rue : l'approche par les capacités pour dépasser les écueils d'une approche centrée sur les déterminants sociaux de la santé. *Éthique Publique Rev Int D'éthique Sociétale Gouv* [Internet]. 1 déc 2018 [cité 17 août 2019];(vol. 20, n° 2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/ethiquepublique/3959>
97. Un chez-soi d'abord, retours sur 6 ans d'expérimentation.
98. Laval C, Estecahandy P. Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion. *Rhizome*. 24 avr 2019;N° 71(1):101- 10.
99. Tinland A, Fortanier C, Girard V, Laval C, Videau B, Rhenter P, et al. Evaluation of the Housing First program in patients with severe mental disorders in France: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 24 sept 2013;14(1):309.
100. Tinland A. Chercheuse et/ou militante ? Une expérience de la recherche au sein du programme « Un chez-soi d'abord ». *Vie Soc*. 2018;n° 23-24(3):201- 10.
101. Plan quinquennal pour le Logement d'abord : Le gouvernement engagé pour un accès rapide et pérenne au logement pour les personnes sans domicile [Internet]. *Gouvernement.fr*. [cité 18 août 2019]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/plan-quinquennal-pour-le-logement-d-abord-le-gouvernement-engage-pour-un-acces-rapide-et-perenne-au>
102. Bosetti, T. Clinique et rétablissement ou clinique du rétablissement ? *Vie Soc*. 2019;232.
103. Attali C, Bail P. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. groupe « niveaux de compétences » du CNGE.
104. Michel Gedda. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev*. 2015;15(157):50–54.

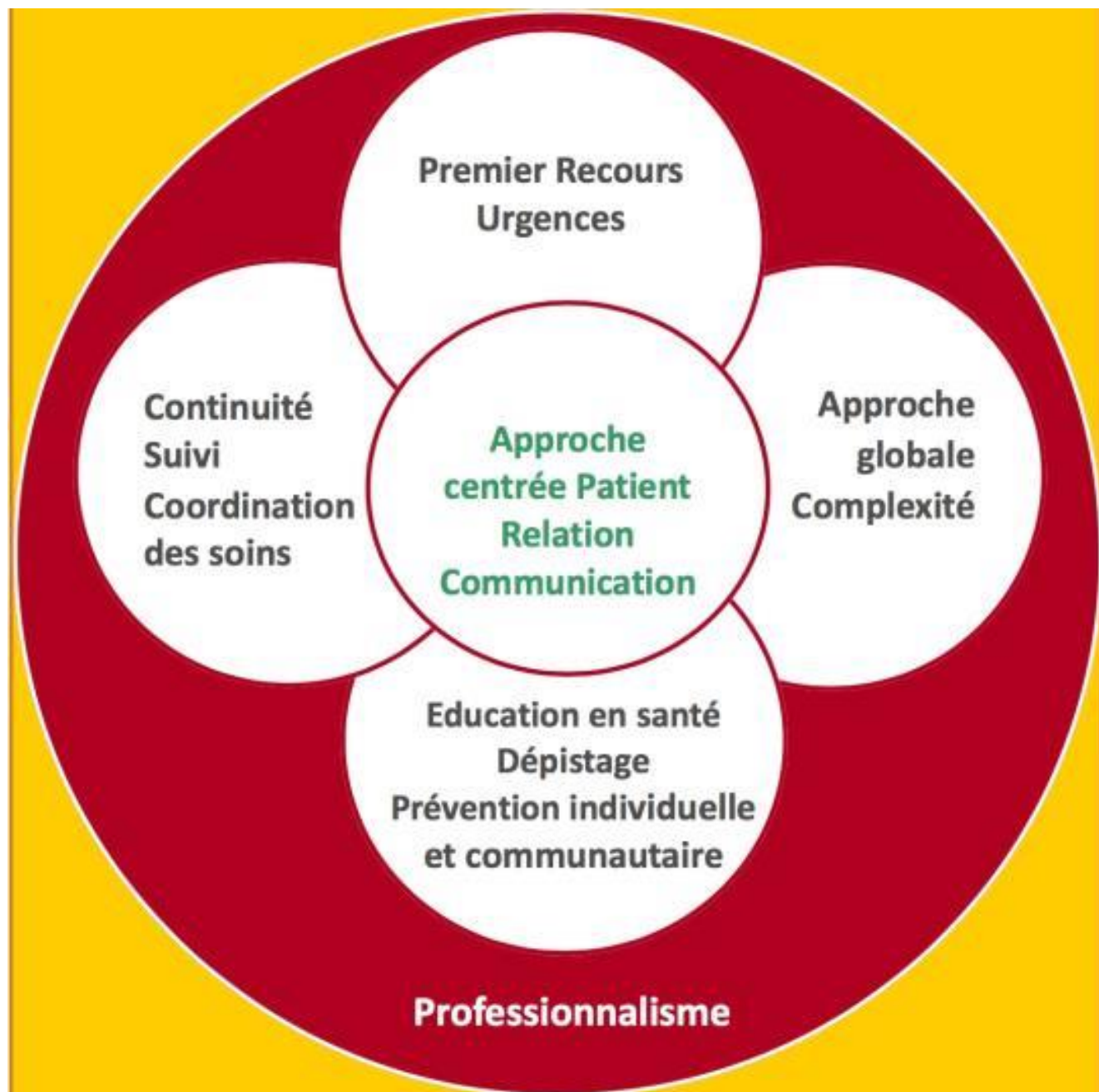
Annexes

Annexe 1 : La typologie européenne de l'exclusion liée au logement établie par la FEANTSA (Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans Abris) Ethos 2007

		Catégorie opérationnelle	Situation de vie		Définition générique
Catégorie Conceptuelle	SANS ABRI	1 Personnes vivant dans la rue	1.1	Espace public ou externe	Qui vit dans la rue ou dans des espaces publics, sans hébergement qui puisse être défini comme local d'habitation
		2 Personnes en hébergement d'urgence	2.1	Hébergement d'urgence	Personne sans lieu de résidence habituel qui fait usage des hébergements d'urgence, hébergements à bas prix
	SANS LOGEMENT	3 Personnes en foyer d'hébergement pour personnes sans domicile	3.1	Foyer d'hébergement d'insertion	Quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		4 Personnes en foyer d'hébergement pour femmes	3.2	Logement provisoire	
			3.3	Hébergement de transition avec accompagnement	
			4.1	Hébergement pour femmes	Femmes hébergées du fait de violences domestiques et quand l'intention est que la durée du séjour soit courte
		5 Personnes en hébergement pour immigrés	5.1	Logement provisoire/centres d'accueil	Immigrants en hébergement d'accueil ou à court terme du fait de leur statut d'immigrants
	6 Personnes sortant d'institutions	5.2	Hébergement pour travailleurs migrants		
		6.1	Institutions pénales	Pas de logement disponible avant la libération	
		6.2	Institutions médicales (*)	Reste plus longtemps que prévu par manque de logement	
	7 Bénéficiaires d'un accompagnement au logement à plus long terme	6.3	Institutions pour enfants / homes	Pas de logement identifié (p.ex. au 18 ^e anniversaire)	
		7.1	Foyer d'hébergement médicalisé destiné aux personnes sans domicile plus âgées	Hébergement de longue durée avec accompagnement pour ex-sans abri (normalement plus d'un an)	
		7.2	Logement accompagné pour ex-sans abri		
	LOGEMENT PRÉCAIRE	8 Personnes en habitat précaire	8.1	Provisoirement hébergé dans la famille/chez des amis	Qui vit dans un logement conventionnel, mais pas le lieu de résidence habituel du fait d'une absence de logement
9 Personnes menacées d'expulsion		8.2	Sans bail de (sous-)location	Occupation d'une habitation sans bail légal	
		8.3	Occupation illégale d'un terrain	Occupation illégale d'un logement; Occupation d'un terrain sans droit légal	
		9.1	Application d'une décision d'expulsion (location)	Quand les avis d'expulsion sont opérationnels	
10 Personnes menacées de violences domestiques		9.2	Avis de saisie (propriétaire)	Quand le prêteur possède un avis légal de saisie	
	10.1	Incidents enregistrés par la police	Quand une action de police est prise pour s'assurer d'un lieu sûr pour les victimes de violences domestiques		
	LOGEMENT INADÉQUAT	11 Personnes vivant dans des structures provisoires/non conventionnelles	11.1	Mobil homes	Pas conçu pour être un lieu de résidence habituel
12 Personnes en logement indigne		11.2	Construction non conventionnelle	Abri, baraquement ou cabane de fortune	
		11.3	Habitat provisoire	Baraque ou cabine de structure semi permanente	
		12.1	Logements inhabitables occupés	Défini comme impropre à être habité par la législation nationale ou par les règlements de construction	
13 Personnes vivant dans conditions de surpeuplement sévère	13.1	Norme nationale de surpeuplement la plus élevée	Défini comme excédant les normes nationales de densité en termes d'espace au sol ou de pièces utilisables		

Note: Un séjour de courte durée est défini comme normalement moins d'un an; un séjour de longue durée est défini comme plus d'un an.
Cette définition est compatible avec les définitions du recensement telles qu'elles sont recommandées dans le rapport UNECE/EUROSTAT (2006)

Annexe 2 : Les compétences du médecin généraliste selon le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) (103)



Annexe 3 : Le guide d'entretien

1. Préambule à l'entretien

1.1 Conditions de l'entretien : dans une pièce au calme, un dictaphone allumé (après accord de l'interviewé), consentement recueilli.

1.2 Présentation personnelle auprès de l'interviewé : « Bonjour, je vous remercie d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je m'appelle... je suis étudiante et mène un travail sur les expériences de soins des personnes sans chez soi ».

1.3 Rappel des principes généraux de l'entretien à l'interviewé : « il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, nous nous intéressons à votre expérience et votre vécu. Vous pouvez exprimer tout ce que vous souhaitez ».

1.4 Précision sur le respect de l'anonymat : l'entretien est confidentiel et sera anonymisé.

1.5 Assurance du consentement du patient : « Avez-vous bien signé la feuille de consentement ? Avez-vous bien compris les informations données ? Avez-vous des questions avant que nous ne débutions ? ».

2. Déroulement de l'entretien

2.1 Contact avec les médecins généralistes de ville :

Q1 - Question brise-glace : quand avez-vous consulté un médecin généraliste pour la dernière fois ?

Q2 - Vécu de la rencontre : comment cela s'est-il passé ?

Relances : Y a-t-il des choses que vous auriez aimé dire au médecin généraliste que vous n'avez pas pu dire (en explorant le pourquoi) ? Qu'est-ce que le médecin a bien fait ? Qu'est-ce qu'il aurait pu mieux faire selon vous ? Est-ce qu'il a répondu à vos besoins ? Comment vous êtes-vous senti durant cette consultation ? Après cette consultation ?

2.2 Trajectoires et difficultés des parcours de soins du patient :

Q3 - Concernant cette dernière consultation, pourquoi avez-vous choisi de voir ce médecin en particulier ?

Q4 - L'aviez-vous déjà vu auparavant ?

Si non : Comment cela s'est-il passé pour consulter ce médecin ?
Qu'est-ce qui vous a amené à voir un nouveau médecin par rapport à la dernière fois ?

Si oui : Quelles sont les raisons pour lesquelles vous êtes retourné chez lui ?

Q5 - Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de vouloir voir un médecin mais de ne pas pouvoir ?

Si oui : Pourquoi ? Que faites-vous quand vous ressentez un problème de santé ?

Q6 - Quelles difficultés éprouvez-vous lorsque vous devez consulter un médecin en ville ?

2.3 Attentes et représentations :

Q7 - Qu'attendez-vous d'un médecin généraliste/de votre médecin généraliste ?

Relance: Quel est le rôle d'un/de votre médecin généraliste? Qu'est-ce qu'un bon médecin généraliste ?

3. En fin d'entretien

« Je vous remercie de votre participation à cette étude. Souhaiteriez-vous évoquer certains éléments de votre vécu que nous n'aurions pas pu aborder au cours de cet entretien ? »

Annexe 4 : Extraits de tableau de bord

22 mai 2018

Visite de l'UHU la Madrague. Loin de tout, en bordure d'autoroute. L'établissement est fermé, sécurisé par une grille avec Interphone. A l'entrée se trouve une sorte de conciergerie où les usagers laissent leurs affaires sous clé. Nous rencontrons Charlotte, l'IDE coordinatrice. Les acteurs de la prise en charge travaillent dans des préfabriqués. Je me dis que pour un boulot si difficile au quotidien (enfin je présume), c'est quand même pas super sympa.

[...] Charlotte nous demande d'expliquer notre projet et nos attentes. Je suis gênée car je me dis qu'il faut employer le terme « sans chez soi ». Gênée parce que je crois n'avoir pas saisi tous les aspects de ce terme, et parce qu'il est vraiment difficile à prononcer ! Et en effet dans le prologue du rapport « La santé des PSCS », on peut lire que ce terme a fait débat pour 3 raisons et au 1^{er} abord, je suis bien d'accord avec ces personnes « peu convaincues ».

1^{er} juin 2018

Entretien n° 4, cette personne m'a fait de la peine et m'a mise mal à l'aise car il revenait toujours sur son problème de cœur alors que je voulais le faire parler du généraliste. J'avais l'impression d'avoir eu une attitude de clinicienne qui identifiait des symptômes de dépression et voulait l'aider.

10 juin 2018 : lecture du livre « Les recherches qualitatives en santé »

Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes.

Page 87 : « sans porter sur ces discours de jugement de valeur ni d'appréciation normative quant à leur qualité ou leur niveau »

⇒ Tout le contraire de ce que je fais avec l'entretien n°3 du 1^{er} juin ...

24 septembre 2018

Première série d'entretiens dans la structure, le médecin qui nous accueille semble méfiant donc un peu agressif. C'est normal ce n'est pas lui que nous avons rencontré pour lui expliquer notre étude. Il nous explique la vie en nous disant « ces gens-là ceci, ces gens-là cela... ». Il finit par nous dire que n'étant pas voilées, pour

certain usagers du centre nous sommes des « putes » donc nous devons être vigilantes à ne pas nous faire agresser sexuellement.

Cela met un froid, nous sommes gênées et blaguons le plus vite possible dès qu'on se retrouve toute les deux pour faire redescendre la pression.

Finalement cet avertissement sera vite oublié. [...]

Déroulement de l'entretien n° 14 : la personne semble chercher à me mettre en porte-à-faux, il prétend faire ma psychanalyse, il m'énervé beaucoup, je ne comprends pas pourquoi il a accepté de me répondre. Je crois qu'il n'avait pas vraiment envie.

26 septembre 2018

Deuxième série d'entretiens. Accueil beaucoup plus chaleureux. Nous précisons au médecin de ne pas nous présenter en tant que médecin. Cependant je l'entends rapidement dire « j'ai des petites étudiantes en médecine qui veulent vous interviewer ». Ensuite il nous introduit comme des « amies » et dit qu'il a confiance en nous, je sens que les patients lui font confiance et ne viennent pas du tout dans le même état d'esprit.

30 septembre 2018

Lendemain de la formation FAYR GP. Cela a été l'occasion de révéler de nombreux *a priori* et malentendus dans mes recherches. Je me rends compte que je me sens imposteur dans ce travail, interviewant des patients sur la vision qu'ils ont d'une profession à laquelle j'appartiens. J'ai projeté sur eux mes propres déceptions vis-à-vis de la médecine, m'attendant à ce que celles-ci ressortent dans leurs discours. Ce n'est pas du tout le cas, la plupart des patients me rapportant des expériences très positives.

04 octobre 2018

Entretien n°3 : je débute l'étiquetage sous forme de propriétés (en essayant de catégoriser vaguement). Je vois aujourd'hui cet homme comme une personne philanthrope, ancrée dans le relationnel. L'idée de débattre avec nous l'enchanté. Il a « plein de choses à [nous] dire », nous interpelle, essaie d'induire un changement de comportement des médecins généralistes à travers nous, à petite échelle. A-t-il espoir en l'avenir ?

Annexe 5 : Tableau COREQ (CONsolidated criteria for REporting Qualitative research) appliqué à notre étude (104)

N°	Item	Guide questions/description
	Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion	
	Caractéristiques personnelles	
1	Enquêteur/animateur	Charlotte de Quillacq - Marie Vermersch
2	Titres académiques	Doctorantes
3	Activité	Internes en médecine générale en SASPAS et à la PASS
4	Genre	Féminin
5	Expérience et formation	Formation FAYR GP
	Relations avec les participants	
6	Relation antérieure	Aucune
7	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Motif de la recherche (leur vision de la consultation en médecine générale)
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Étudiantes sans précision ou étudiantes en médecine
	Domaine 2 : Conception de l'étude	
	Cadre théorique	
9	Orientation méthodologique et théorie	Théorisation ancrée
	Sélection des participants	
10	Échantillonnage	Théorique
11	Prise de contact	Face-à-face
12	Taille de l'échantillon	16
13	Non-participation	3
	Contexte	
14	Cadre de la collecte de données	Lieux d'aides aux personnes sans chez soi
15	Présence de non-participants	Non, entretien au calme en face-à-face
16	Description de l'échantillon	Personnes sans chez soi usagères de lieux d'accueil entre mai 2018 et octobre 2018
17	Guide d'entretien	Fourni en annexe 1 ; guide testé au préalable
18	Entretiens répétés	Non, entretien unique
19	Enregistrement	Audio
20	Cahier de terrain	Pas de notes prises pendant les entretiens ¹
21	Durée	Entre 8 et 51 minutes
22	Seuil de saturation	A été discuté : recherche d'une suffisance théorique
23	Retour des retranscriptions	Non
	Domaine 3 : Analyse et résultats	
	Analyse des données	
24	Nombre de personnes codant les données	2
25	Description de l'arbre de codage	Non
26	Détermination des thèmes	Thèmes déterminés à partir des données
27	Logiciel	N vivo 12
28	Vérification par les participants	Non
29	Citations présentées	Oui avec identification par numéro d'entretien
30	Cohérence des données	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

¹ Aucune note n'a été prise pendant les entretiens pour éviter de rajouter de la distance entre la personne interviewée et l'intervieweuse.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction :

La santé des personnes sans chez soi est moins bonne que celle de la population générale. De nombreuses études objectivent cela et plusieurs mesures ont été mises en place pour pallier ce phénomène. Cependant, la rencontre entre personnes sans chez soi et médecin généraliste semble complexe.

Objectif :

Explorer les expériences de soins en médecine générale des personnes sans chez soi et rechercher les éléments impliqués dans leur accroche aux soins.

Matériel et Méthode :

Etude qualitative. Recueil des données par entretiens individuels semi-dirigés, selon un guide d'entretien qualitatif, auprès de personnes sans chez soi, usagères de centre d'aides, recrutées à Marseille selon un échantillonnage raisonné. Double codage des données et analyse selon la méthode de la théorisation ancrée.

Résultats :

La qualité d'écoute est la première attente des personnes sans chez soi. L'accroche réelle et efficiente à leur médecin est justifiée en premier lieu par la connaissance que le médecin a d'elles. Les éléments de vie livrés dans le but de permettre au médecin d'acquérir une connaissance d'eux sont variables. Jamais ils ne se sont définis comme « personne sans chez soi » (PSCS). Ensuite, la majorité des personnes interrogées nous ont fait part des stigmates de leur trajectoire : discrimination, racisme, culpabilité, autodépréciation, souffrance psycho-sociale ... Il s'agit d'une réalité indissociable du parcours de vie de ces personnes que le médecin de soins primaires doit connaître. Enfin, de façon plus subtile, les sujets nous livraient quelques éléments de leur temporalité propre et singulière.

Les PSCS décrivent également des attentes secondaires multiples : que le médecin réponde à des demandes médicales variées, qu'il soit en mesure de délivrer des messages de prévention, de transmettre un savoir adapté. Enfin, les personnes attendent de leur médecin un professionnalisme passant par un examen clinique attentif, un recours aux examens complémentaires et consultations spécialisées si nécessaires, ainsi que l'établissement de thérapies pertinentes. Chaque fois que nous avons détecté l'accroche aux soins, sans exception, les personnes avaient choisi de consulter ce médecin elles-mêmes. Dans les cas de non-accroche, le médecin avait été conseillé ou « imposé » par les membres d'une structure (type accueil de jour, unité d'hébergement d'urgence) ou d'une association.

Discussion - Conclusion :

Les PSCS rapportent un parcours de vie extrêmement dur et une société stigmatisante et excluante. Les attentes exprimées concernent avant tout les compétences relationnelles, permettant leur accroche aux soins. Néanmoins, les compétences biomédicales sont également requises et leur vision de la relation semble tendre vers un modèle délibératif.

L'adaptation de la posture du médecin généraliste n'est rien sans la remise en question actuelle de notre système d'aides aux personnes sans chez soi. Une véritable mise en réseau des différents acteurs est nécessaire, en gardant toujours à l'esprit que la personne doit être la première décideuse de sa trajectoire de soins, voire de restauration sociale.

La trajectoire de soins n'est finalement plus l'enjeu majeur mais devrait être pensée comme la résultante d'un processus lent et complexe dont la pierre angulaire serait le respect de la personne et de ses choix dans le cadre du rétablissement social.

Mots clés : personnes sans chez soi, représentations, accroche, médecin généraliste, soins primaires.