



HAL
open science

Renoncements aux soins de premier recours des personnes en situation de précarité à La Réunion, quels leviers ?

Sylvain Brunet

► **To cite this version:**

Sylvain Brunet. Renoncements aux soins de premier recours des personnes en situation de précarité à La Réunion, quels leviers ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02885896

HAL Id: dumas-02885896

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02885896>

Submitted on 1 Jul 2020

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.

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2020

N° : 2020LARE018M

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Renoncements aux soins de premier recours des personnes en
situation de précarité à La Réunion, quels leviers ?**

*Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients en situation de
précarité à Saint Louis, à la recherche des facteurs influençant leur renoncement aux
soins de premier recours.*

Présentée et soutenue publiquement le 18 MAI 2020 à 18h30

à La Réunion

Par Sylvain BRUNET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean Marc FRANCO

Rapporteur :

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Franz WEBER

Membre invitée :

Madame Elodie AUZOLE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Léo ROBIN

UNIVERSITE DE LA REUNION

UFR SANTE

Année : 2020

N° : 2020LARE018M

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Renoncements aux soins de premier recours des personnes en
situation de précarité à La Réunion, quels leviers ?**

*Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients en situation de
précarité à Saint Louis, à la recherche des facteurs influençant leur renoncement aux
soins de premier recours.*

Présentée et soutenue publiquement le 18 MAI 2020 à 18h30

à La Réunion

Par Sylvain BRUNET

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Jean Marc FRANCO

Rapporteur :

Monsieur le Docteur Michel SPODENKIEWICZ

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Sébastien LERUSTE

Monsieur le Docteur Franz WEBER

Membre invitée :

Madame Elodie AUZOLE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Léo ROBIN

Dans le présent document, les termes employés pour désigner des personnes sont pris au sens générique ; ils ont à la fois valeur d'un féminin et d'un masculin.

« *De l'île qui marche*

Viendra un jour
mon enfant
le temps des questions pressantes
s'asseoir
et écouter

 récit de l'eau
valse des trajectoires sur les rives démâtées
 peuple de la mer
 que les volontés emportent
assois la beauté sur tes genoux frêles
 et écoute

bruissent les éléments sous la force liquide
pas d'aller simple qui vaille
 car voguent les récits
 soubassements inquiets
 des volcans torves

 vibrent les flamboyances
 des destins contrariés
courants en crue sur le drap dansant
 du fleuve en éveil

 quand vrombit le vent de face
 s'enracinent des rhizomes
 en terre latérite et fertile
ploient des appétences en délire
sur la crête des jambes poudrées

 danse au vent
 une vie d'audace
 et d'appétit monstre
 viendra le jour
alors tu raconteras »

Nassuf Djailani
Naître ici
Septembre 2019
Aux éditions Bruno Doucey

Déclaration iniversel ban droi domoun

Nations z'uni la accept sa le 10 decemb 1948

L'assemblée générale i proclam le déclaration ban droi domoun comme l'idéal commun partout sur la terre du plus petit au plus grand pareil pou tou le moun, se déclaration i doi resté dan la tête tou le moun pou que ti peu ti peu tout nation i applik se ban droi.

Artik 1
Tou le moun i arrive su la terre pareil, libe en dignité et en droi. Noute toute na na un réflexion et un bon sens, pou nou agir dan un l'esprit de fraternité.

Artik 2
1. Tou le moun i peu prétend fé valoir le ban droi et liberté écrit dan déclaration là, sans différence ente toute de moun, question race, couleur, sexe, langue, religion, politik, ou n'importe quel autre opinion, du péi de naissance, de fortune, ou n'importe quel autre situation.
2. En plus, pa de différence sur le statut politik, juridik ou international de l'endroit ou sa ou sorte, quel que soit l'endroit.

Artik 3
Tou le moun na na le droi de vivre, libe et protégé.

Artik 4
Personne i sera en soumission ; toute forme l'esclavage lé interdit.

Artik 5
Na pu personne i sera torturé, et n'aura pu ban traitement sauvage inhumain ou rabaissan.

Artik 6
Tou le moun na le droi un reconnaissance juridik n'importe ou.

Artik 7
Tou le moun lé égal devant la loi et na le droi un protection pareil. Tou le moun na le même droi contre discrimination et provocation.

Artik 8
Tou le moun na le droi d'être défendu au tribunal si i respecte pa ban droi et ban liberté lé dan déclaration là.

Artik 9
Personne i pe pa être arrêté, détenu ou exilé sans jugement tribunal.

Artik 10
Tou le moun na le droi défende a li devant un tribunal. I doi pa prendre parti plus pou un que pou l'autre. Na point deux poids deux mesure. C'é le tribunal qui décide si li lé coupable ou pa. C'é li qui décide si l'accusation lé juste.

Artik 11
1. Tou le moun lé innocent tan que la pa prouve que li lé coupable devant un tribunal.
2. Le moun lé pa coupable si quand la chose li la fé l'était pa encore décidé par la loi et li pe pas être plus puni qu'avant.

Artik 12
I touche pa la vie privé d'un moun n'importe comment. Si i touche sa li pe demandé la protection la loi.

Artik 13
1. Tou le moun na le droi de déplace a li librement et habité ou li ve.
2. Tou le moun na le droi allé ou li ve si la terre.

Artik 14
1. Si li lé persécute li pe demande le droi d'asile dan un autre péi.
2. Si li lé vraiment coupable et si li respect pa la loi, li doi être jugé.

Artik 15
1. Tou le moun na le droi d'avoir un nationalité.
2. Personne i pe pa enlève sa et tou le moun na le droi change de nationalité.

Artik 16
1. Quan i arrive l'âge marié, le z'homme comme le femme sans regarde zot race ni zot nationalité ou zot religion, na le droi marié et fonde un famille. Zot na le même droi devant sa. Et même après si zot i divorce.
2. Le mariage i pe existé seulement si lé deux moun lé d'accord.
3. Fonde un famille lé normal et important pou la société et li na droi d'être protégé par le système.

Artik 17
1. Tou le moun na le droi d'être propriétaire.
2. Personne i pe pa enlève sa sans un bon raison.

Artik 18
Tou le moun na le droi de pensé, de conscience et de religion comme li ve ; et aussi de changé quan li ve et pratik son religion et son ban idée comme li ve.

Artik 19
Tou le moun na le droi d'avoir un point de vue et un cause, ou li ve comme li ve, sans barrière.

Artik 20
1. Tou le moun na le droi réunir a zot dan la paix.
2. Personne i pe pa obliger a ou fé parti un groupement.

Artik 21
1. Tou le moun na le droi prendre parti pou dirigé z'affair publik son péi, soi son tou seul soi avec d'autre personne.
2. Tou le moun na le droi rente fonctionnaire pareil que lé aute.
3. C'é la volonté le peuple qui fé le pouvoir ; et sa, par le vote secret dan un période bien défini. Et sa qui gagne le plus, i emporte la raison.

Artik 22
Tou le moun na le droi a la sécurité social. Sa lé fé pour tou le moun, pou que li gagne défende son dignité, son droi économique et son personnalité grâce a un solidarité le péi.

Artik 23
1. Noute toute na le droi choisi noute travail dap lé même condition que toute de moun et même un protection contre le chômage.
2. Tou le moun doi être payé pareil pou le même travail.

3. Tou le moun na le droi a un salaire pou soigne son famille correctement et un l'aide si li la besoin pou vivre dan la dignité.
4. Tou le moun i pe défendre son z'intérêt par un groupement syndicat.

Artik 24
Tou le moun na le droi détente et fé plaisir à li, sans travail plus qu'il n'en fau avec ban période congé payé.

Artik 25
1. Tou le moun i doi avoir un niveau de vie suffisant pou assure le santé, le bien-être son famille entre aute su question mangé, habillement, logement aussi pou son santé. Na le droi au service sociaux si li lé au chômage, malade, veuf, agé ou si li perde tout son moyen même si pa li l'auteur.
2. Ou na na le droi a un l'assistance spécial pou ban femme enceinte et son ban marmaille. Tou marmaille, qui soi né dan ou en déor du mariage lé pareil en droi.

Artik 26
1. Tou le moun na le droi a un l'éducation. Sa i doi être gratuit pou l'éducation élémentaire et fondamental. L'éducation technik et professionnel i doi être accessible pou toute ; comme lé z'étude supérieur, si li la mérité.
2. L'objectif l'éducation la i doi aide a l'épanouissement et au respect de tou le droi et liberté déclaration là. I doi aide a nou trouve un compréhension, un tolérance, un l'amitié ente noute toute.
3. Le ban parent na na avan tou le droi choisi comment éduquer son ban marmaille.

Artik 27
1. Tou le moun na le droi participé librement a la vie culturel de son communauté, d'en profité de z'art et du progrès scientifique.
2. Tou le moun na le droi protégé son z'intérêt moral et matériel qui soi scientifique, littéraire ou artistique que li la créé li même.

Artik 28
Tou le moun na le droi de profité ban droi déclaration là, pou que li pe devenir vrai.

Artik 29
1. Le moun na z'obligation devant son communauté ou sa li gagne grand correctement.
2. Quan li na le droi profité son liberté, chacun lé obligé respecte la loi et la liberté de z'autre, juste pou assure un reconnaissance ban droi et un respect pou que tou le moun i sa va dan un bon sens.
3. Ce ban droi et liberté i pourra jamais allé en sens contraire ban objectif et ban principe ban Nation z'Unies.

Artik 30
Nou na point le droi mettre en place ban z'action pou détrui sa que lé écrit dan déclaration là, et utilise le ban z'artik là pou fé le mal.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	4
TABLE DES TABLEAUX	6
TABLE DES FIGURES	7
LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
CONTEXTE	13
I. La genèse du projet	13
II. Définition des termes	13
1. Soins de premier recours	13
2. La Précarité, un terme polysémique.....	15
3. Définition du non-recours et renoncement aux soins.....	18
III. Ampleur du renoncement et non-recours aux soins	21
1. En Métropole	21
2. A La Réunion.....	23
IV. Actualisation sur les droits à la couverture sociale	26
1. Avant les années 2000.....	26
2. La Couverture Maladie Universelle (CMU), la Couverture Maladie complémentaire (CMUc) et l’Aide à la Complémentaire Santé (ACS)	26
3. L’Aide Médicale d’Etat (AME).....	27
4. La Protection Universelle Maladie (PUMA) et la Complémentaire Santé Solidarité (CSS)	29
5. En 2019, un tournant politique	30
V. Le score EPICES, de la difficulté à quantifier la précarité	31
1. Les différents scores de précarité.....	31
2. Le score EPICES.....	31
VI. La précarité à La Réunion et à Saint Louis	34
MATERIEL ET METHODES	36
I. Schéma d’étude	36
II. Population	36
III. Recueil des données	36
IV. Analyse des données	37
V. Critères de validité	37
1. Validité interne	37
2. Validité externe.....	39
VI. Critères éthiques	39
RESULTATS	41
I. Caractéristiques des entretiens	41
II. Caractéristiques de la population étudiée	41

III. Analyse qualitative.....	48
1. Des points critiques sur le parcours de soins.....	50
1.1. Accès à une couverture maladie stable.....	50
1.2. Accès aux soins dentaires	50
1.3. Accès à la prévention	51
1.4. Accès aux traitements pharmaceutiques.....	52
2. Les conditions individuelles du recours aux soins.....	53
2.1. Entre perception d'un état de santé et besoin de consulter.....	53
2.2. Influence de son histoire antérieure dans la démarche d'aller-vers les soins.	57
2.3. Des connaissances personnelles.....	61
2.4. Des barrières liées à sa situation médico-sociale	63
2.5. Représentations de la maladie.....	68
3. Parcours de soins, obstacles et facilitateurs externes.....	73
3.1. Une autonomie dans les soins revendiquée	73
3.2. Le problème des délais d'attente.....	73
3.3. Un parcours jalonné de barrières externes.....	75
3.4. L'entourage social comme facilitateur	79
4. Une rencontre influencée par des représentations et des difficultés	82
4.1. Attentes vis-à-vis du soignant et déterminants de la rencontre.....	82
4.2. Problèmes de communication.....	86
5. Particularités de la population migrante.....	88
5.1. Accès aux droits de séjour	88
5.2. Le rôle clé des associations et de la PASS.....	88
5.3. Une vision salutaire du territoire Réunionnais et des soignants	89
5.4. Langue et interprétariat.....	90
5.5. Problématique d'équivalence de la sécurité sociale entre deux territoires.	90
5.6. Problématique des Evacuations Sanitaires (EVASAN).....	90
6. Une adaptation et des solutions proposées	91
6.1. Une adaptabilité des deux côtés de la relation	91
6.2. Une réorganisation	91
6.3. Utilisation de parcours alternatifs	92
DISCUSSION	94
I. Synthèse des résultats principaux.....	94
II. Forces et faiblesses de l'étude	97
1. Intérêt de l'étude	97
2. Biais de l'étude	98
III. Des explorations complémentaires nécessaires sur La Réunion.....	100
1. Evaluer voire adapter le score EPICES à La Réunion	100
2. Explorer les refus de soins à La Réunion	101
3. Etudier les mécanismes de la barrière financière dans le renoncement aux soins à La Réunion	103
IV. Pistes de réflexions et propositions d'améliorations des facteurs modifiables du renoncement aux soins	105
1. Renforcer les connaissances des professionnels de santé sur la précarité.....	105
1.1. Une perception tardive du besoin de consulter	105
1.2. Prendre en compte le vécu des personnes englobant les facteurs de précarité, et les interactions sociales en consultation	106
1.3. Améliorer la communication par un renforcement des compétences	109
2. Consolider la confiance.....	112

3. Favoriser l'accès aux soins dentaires et à la prévention.	114
4. Limiter la barrière administrative par différentes propositions	115
4.1. Simplifier les démarches pour renouveler les droits à l'assurance maladie.	115
4.2. Fusionner la CMUc et l'AME.....	116
4.3. Mettre en place une PASS de ville	116
4.4. Informer sur l'existence d'une Ligne Urgence Précarité.....	117
4.5. Mettre en place un droit à la sécurité sociale pour tous à Mayotte	117
5. Faciliter l'accès aux soins des personnes passant par le dispositif EVASAN .	118
6. Organiser son cabinet pour limiter le renoncement	121
7. Améliorer la communication et la compréhension mutuelle en ayant recours aux interprètes en ville	121
8. Construire une démarche communautaire en santé	122
9. Mener des actions de politique nationale qui semblent indissociables des actions locales	123
CONCLUSION.....	125
ANNEXES	141
Annexe 1 : Canevas d'entretien n°1	141
Annexe 2 : Canevas d'entretien n°2	142
Annexe 3 : Canevas d'entretien n°3	143
Annexe 4 : Fiche d'information aux patients.....	147
Annexe 5 : Journal de bord	148
Annexe 6 : Lien numérique vers les entretiens	152
SERMENT D'HIPPOCRATE	153

TABLE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taux de recours au médecin généraliste d'une population réunionnaise selon la couverture maladie	23
Tableau 2 : Les 11 questions du score EPICES et leur pondération	32
Tableau 3 : Comparatif des indices de précarité Saint Louis - Réunion - Métropole	34
Tableau 4 : Tableau COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) appliqué à notre étude.....	39
Tableau 5 : Caractéristiques de la population d'étude	44
Tableau 6 : Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les personnes reçues dans les CASO lors de leur première visite, 2018.....	95

TABLE DES FIGURES :

Figure 1 : Les Déterminants Sociaux de la Santé (selon l'OMS 2019).....	9
Figure 2 : La contribution des cinq conditions aux inégalités en matière de santé autodéclarée, de santé mentale et de satisfaction par rapport à la vie (pays de l'U.E) selon l'OMS 2019.....	10
Figure 3 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité	22
Figure 4 : Taux de renoncement par types de soins et pour tous motifs confondus.....	24
Figure 5 : Causes du renoncement aux soins dans la population générale réunionnaise (tout soins confondus).....	24
Figure 6 : Causes du renoncement selon le type de soins, dans la population renonçant	25
Figure 7 : Les 114 grands quartiers de La Réunion classés en six groupes, du plus précaire au plus aisé, selon l'INSEE	35
Figure 8 : Diagramme de flux	43
Figure 9 : Score EPICES	45
Figure 10 : L'origine	45
Figure 11 : La situation familiale	45
Figure 12 : Les études.....	45
Figure 13 : Le logement.....	46
Figure 14 : L'emploi	46
Figure 15 : Revenus mensuel	46
Figure 16 : Etat de santé déclaratif.....	46
Figure 17 : Médecin traitant.....	46
Figure 18 : Orientation	46
Figure 19 : Confiance du système	47
Figure 20 : Couverture Maladie	47
Figure 21 : Modélisation des résultats.....	49
Figure 22 : Nuage de mots sur les acteurs	61
Figure 23 : Nuage de mots sur l'origine de la maladie.....	69
Figure 24 : Démarches à suivre pour demander son admission au séjour pour raison médicale selon l'OCDE.....	120
Figure 25 : Le potentiel de 8 mesures macroéconomiques à réduire les inégalités face aux maladies limitantes chez les adultes en 2 à 4 ans dans 24 pays	124

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

AME : Aide Médicale d'Etat

CASO : Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CESF : Conseillère en Economie Sociale et Familiale

CGSS : Caisse Générale de Sécurité de Sociale

CHM : Centre Hospitalier de Mayotte

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

ESF : Economie Sociale et Familiale

Score EPICES : Score d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie

ETP : Equivalent Temps Plein

EVASAN : Evacuation Sanitaire

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

IRDES : Institut de Recherches et Documentation en Economie de la Santé

ISS : Inégalités Sociales de Santé

MDM : Médecins du Monde

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ODENORE : Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PIES : Plateforme d'Informations des Etudes en Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRAPS : Programme pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

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), annonce 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 réaffirme que « la santé [...] est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accès au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important ». L'objectif est clair, la santé pour tous en 2000, à travers le levier des soins primaires : « Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale » (1).

Quarante ans après, les Inégalités Sociales de Santé (ISS) sont toujours présentes. En 2019, l'OMS Europe établit un rapport sur l'équité en santé et identifie cinq conditions essentielles nécessaires pour créer et instaurer durablement une vie en bonne santé pour tous (2).

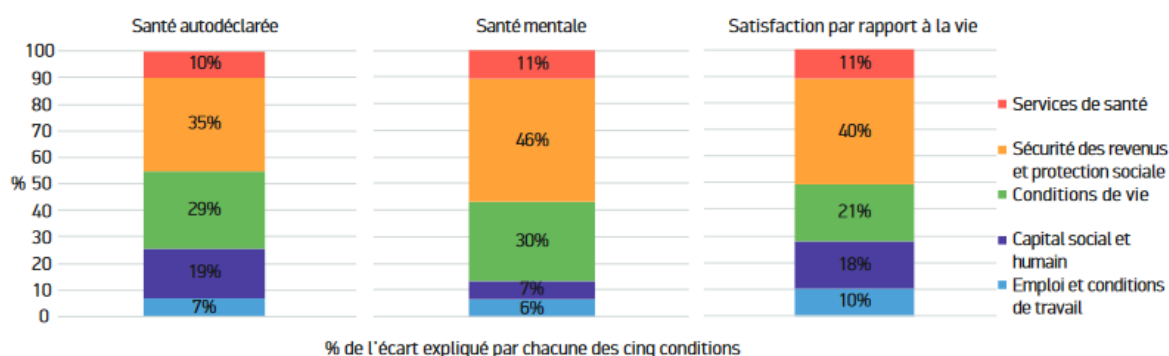
Ces conditions sont connues sous le terme Déterminants Sociaux de la Santé :

- Des services de santé de bonne qualité et accessibles,
- La sécurité des revenus et la protection sociale,
- Des conditions de vie décentes,
- Le capital social et humain,
- Un emploi et des conditions de travail convenables



Figure 1: Les Déterminants Sociaux de la Santé (selon l'OMS 2019) (2)

Le rapport présente la contribution relative des lacunes dans chacune des cinq conditions essentielles, afin d'expliquer les inégalités en santé au sein des pays.



Note. L'analyse tient compte de l'âge et du sexe des sujets.

Source : informations recueillies par les auteurs à partir de données de l'EEQV pour la période 2003-2016.

Figure 2 : La contribution des cinq conditions aux inégalités en matière de santé autodéclarée, de santé mentale et de satisfaction par rapport à la vie (pays de l'U.E) selon l'OMS 2019

En France, le potentiel de rattrapage par le système de santé de ces inégalités serait sous-estimé du fait d'une inégalité sociale d'accès aux soins (3). C'est ce que Jonathan Mann nomme « la socio-parésie » du système de soins, c'est-à-dire son incapacité à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé (4).

En 2009 le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) écrit : « A terme, ces inégalités sociales de santé pourraient constituer un véritable enjeu de cohésion sociale. Il faut susciter un débat social autour de ces questions et élargir le débat sur la santé au-delà des seuls soins curatifs » (5).

Ces inégalités sont donc un enjeu majeur de notre époque, avec une ampleur conséquente en Europe. En 2013, en France, l'écart du besoin de soins non satisfait en raison du coût, entre la population en-dessous du revenu moyen et au-dessus du revenu moyen était de 16 points. C'est à dire que 7 % de la population au-dessus du revenu moyen déclarait avoir renoncé à des soins contre 23 % de la population au-dessous du revenu moyen (6).

A La Réunion, en 2016, la Plateforme d'Informations des Etudes en Santé (PIES) a consacré le numéro 5 de la revue In Extensio aux « recours aux soins à La Réunion » (7). On

découvrirait **qu'un tiers des réunionnais renoncent aux soins au moins une fois par an, qu'une personne sur dix renonce à se soigner pour raisons financières, et que 15 % des réunionnais renoncent par manque de temps.**

Des travaux en métropole ont déjà démontré la majoration de ces renoncements dans les populations en situation de précarité, qui sont victimes d'une « triple peine » : « plus exposées à la maladie, elles sont aussi les moins réceptives aux messages de prévention et celles qui ont le moins recours au système de soins » (8).

Ainsi on observe un gradient social dans la fréquence des renoncements et le type de soins concernés. Pour les populations en situation de précarité les renoncements aux soins portent fréquemment sur des soins médicalement nécessaires (9).

L'étude de Dourgnon et al démontre ce gradient particulièrement fort. Malgré la prise en compte du revenu dans le modèle, le renoncement aux soins passe de 6,5 %, pour un score de précarité de 1 (une dimension de précarité déclarée) à 57,1 % pour sept dimensions et davantage (10).

Les personnes malades ne sollicitent donc pas les services de soins même en contexte de gratuité, alors que le débat sur le renoncement et le non-recours aux soins a été cristallisé autour des raisons financières (10,11). Les situations de vulnérabilité dans lesquelles se trouvent ces personnes posent des questions spécifiques en matière de santé.

Le Haut conseil de la Santé Publique est bien conscient de ces enjeux puisqu'il écrivait en 2009 : « La persistance des inégalités sociales de santé met en cause l'efficacité des politiques de santé à traduire les choix d'équité inscrits dans les valeurs de notre pays. Les résultats sanitaires obtenus ne sont pas ceux attendus. Ces résultats sont meilleurs dans des pays comparables au nôtre, ce qui prouve que des progrès sont possibles. C'est donc une question d'efficacité qui nous est posée par la persistance des inégalités sociales de santé. » (5)

Cette thèse a été pensée avec pour objectif d'étudier sur La Réunion le phénomène du renoncement aux soins des populations en situation de précarité, en essayant d'élargir aux facteurs autres que financier et notamment en englobant leurs représentations de la santé.

L'objectif principal était d'identifier les facteurs modifiables limitant l'accès aux soins de premier recours des personnes en situation de précarité à Saint Louis.

La question de recherche était de déterminer quels étaient du point de vue des personnes en situation de précarité, les facteurs psychologiques, physiques ou matériels influençant leur renoncement aux soins de premier recours, sur une commune réunionnaise regroupant des indicateurs de précarité supérieurs à la moyenne régionale.

Les objectifs secondaires étaient de décrire les connaissances du parcours de soin des personnes en situation précaire ; de décrire les représentations de la maladie des personnes en situation de précarité ; et de mener une exploration des causes du renoncement aux soins de premier recours sur un territoire donné, pouvant être repris par la suite sur d'autres territoires.

Les perspectives sont de permettre aux soignants de prendre en compte les particularités de ces populations dans leur accompagnement au quotidien, pour à terme adapter les dispositifs afin de limiter le renoncement aux soins de cette population.

CONTEXTE

I. La genèse du projet

Ce projet d'étude est né de questionnements au sein de l'équipe bénévoles de Médecins du Monde (MDM) sur La Réunion. Après avoir travaillé pendant plusieurs années sur une mission auprès des personnes sans chez soi à Saint Pierre, un réseau porté par les institutions du droit commun avait pris le relais et nous nous posons la question d'élargir nos actions à d'autres territoires.

Une première évaluation a ainsi été faite sur le Sud de La Réunion auprès des partenaires médico-sociaux, afin de déterminer où se trouvaient les besoins en termes d'accès aux soins. Très vite les discours ont convergé vers le territoire de Saint Louis qui semblait être le plus critique selon les professionnels. Alors que le territoire était ciblé, nous ressentions le besoin d'interroger directement les personnes pour connaître leurs ressentis et analyser les causes du renoncement aux soins.

II. Définition des termes

1. Soins de premier recours

En 1978, l'OMS lance un message fort lors de l'organisation de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. « L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, [...], un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale. » (1)

L'importance des soins de santé primaires est donc considérée à la lumière d'un esprit de justice sociale, que nous nous sommes efforcé d'entretenir avec ce travail.

Toujours selon l'OMS, les soins de santé primaire « visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de

soins et de réadaptation nécessaires à cet effet. [...] Ils font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels - tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité » (1).

Quarante ans après Alma-Atta l'objectif est loin d'être atteint, mais une nouvelle conférence organisée en 2018 par l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) à Astana réaffirme les principes de 1978 : « Les soins de santé primaires fourniront un ensemble complet de services et de soins, notamment, mais non seulement, des services de vaccination ; de dépistage ; de prévention, de maîtrise et de prise en charge des maladies non transmissibles et des maladies transmissibles ; des soins et des services qui promeuvent, protègent et améliorent la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que la santé mentale, sexuelle et reproductive. Les soins de santé primaires seront aussi accessibles, équitables, sûrs, de grande qualité, complets, efficaces, acceptables, disponibles et abordables, et dispenseront des services continus, intégrés, centrés sur la personne et qui tiennent compte des différences entre les sexes » (12).

En France, nous sommes passés d'une notion de « soins de santé primaire » à une notion de « soins de premier recours » avec la loi Hôpital Patients Santé et Territoires de 2009 qui a donné une définition des soins de premier recours dans son titre II : « Accès de tous à des soins de qualité » (13). Dans le code de la santé publique à l'article L1411-11 on peut lire : « L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité. [...] Ces soins comprennent :

- la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- l'éducation pour la santé

Les professionnels de santé, dont les médecins traitants cités à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux. » (14)

La loi met donc le médecin traitant comme acteur pivot des soins de premiers recours.

Gérard de Pouvourville, dans son rapport sur la recherche en médecine générale de 2006, l'explique ainsi : « Celle-ci [la recherche sur les soins primaires] recouvre des thèmes qui vont porter non seulement sur la médecine générale mais sur l'ensemble des services de santé de première ligne : autres spécialités médicales de premier recours (ex : la pédiatrie de ville), les soins dentaires, les troubles de la vue (rôle important joué par les optométristes non médecins dans les pays anglo-saxons), les soins infirmiers, kinésithérapie, les intervenants du champ médico-social, etc. » (15).

Dans le cadre de cette thèse, les professionnels visualisés comme acteurs des soins de premiers recours ont été : les médecins généralistes, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les sages-femmes, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les assistants sociaux, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS).

2. La Précarité, un terme polysémique

Il est difficile de définir la précarité en tenant compte de sa complexité. La sociologie est là pour diminuer les approximations de définition et ne pas laisser la place aux connotations auxquelles la précarité est associée.

Maryse Bresson dans son livre « sociologie de la précarité » définit quatre interprétations du terme de précarité (16) :

- Le premier sens est celui d'une catégorie générale qui recouvre toute la diversité des situations sociales problématiques. Il englobe aussi bien les termes de pauvreté que d'exclusion.
- Le deuxième sens est celui d'une hiérarchisation de la précarité qui définit une population mal pourvue en termes de revenus, d'accès à l'emploi, à l'éducation ... La pauvreté est un dénuement supplémentaire qui conduit vers l'exclusion, situation synonyme de pauvreté extrême.

Ce deuxième sens rejoint la définition de Joseph Wresinski fondateur du mouvement Agir Tous pour la Dignité (ATD) Quart Monde dans son rapport du conseil économique et social de 1987, pierre fondatrice de la mise en place du Revenu Minimum d'Insertion. « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de

jouir de leurs droits fondamentaux. » Cette situation d'instabilité peut avoir des conséquences : « Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » (17). La précarité n'est donc pas une situation fixée mais plutôt un continuum qui peut conduire vers la grande pauvreté et l'exclusion.

Serge Paugam (18) et Patrick Cingolani (19) ont travaillé chacun leur tour dans la lignée de cette vision de la précarité.

- Le troisième sens est celui d'un risque. La précarité désigne un risque de voir sa situation sociale se dégrader,
- Le quatrième sens est celui d'une incertitude. Il désigne l'instabilité d'une situation dans une société sans cesse en mouvement. Dans ce sens, la signification est plus éloignée des termes de pauvreté et d'exclusion.

Pour Régis Pierret, sociologue également, « la précarité est une déclinaison du paupérisme, elle se dissocie à ce titre de la pauvreté » (20). La précarité englobe la pauvreté mais est un phénomène plus large incarnant « une expression des mutations de la société industrielle ». Il distingue trois catégories, plutôt axées sur le statut de l'emploi :

- Les « protégés » qui ne sont pas concernés par la précarité, appartenant à un milieu socialement protégé ;
- Les « précarisables » au statut éphémère, qui peuvent basculer à tout moment, potentiellement précaires, ils vivent dans l'insécurité permanente. Il s'agit par exemple des travailleurs pauvres et des travailleurs précaires ;
- Les « précarisés » ayant perdu leur travail ou ne l'ayant jamais connu.

Pour synthétiser cet aspect multidimensionnel de la précarité, Pierre Larcher (chargé de mission santé-précarité à la Direction générale de la cohésion sociale) nous fournit la métaphore du trampoline. « L'individu est dorénavant soumis, de la part de tous ses interlocuteurs – famille, conjoint, collègues, supérieurs, administrations, commerçants, logeurs... – à des sollicitations permanentes auxquelles il doit pouvoir répondre sans délai et de façon satisfaisante, de même qu'on ne cesse de rebondir sur un trampoline. Pour que le rebond soit de bonne qualité, il faut que tous les élastiques reliant la toile du trampoline à son cadre soient en place et en bon état, sur chaque côté. De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au fil de sa

vie, sans même en avoir conscience, contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les péripéties de l'existence. » (21)

Enfin, il est important de rappeler la vision du psychiatre Jean Furtos (directeur scientifique honoraire de l'Observatoire Nationale Santé Mentale et Précarité) qui distingue clairement lui aussi la précarité de la pauvreté : « La précarité sociale ne doit pas être confondue avec la pauvreté, laquelle est une question de seuil dans une culture donnée, seuil arbitrairement défini qui varie selon que l'on est en France, en Belgique, aux Etats Unis, etc. : si l'on gagne moins de « x », on sera classé dans la catégorie des pauvres » (22).

Il développe une catégorisation en quatre zones selon les processus psychiques (23) :

- La zone d'intégration : la perte des objets sociaux est pensable, et la précarité « normale » ;
- La zone de vulnérabilité : la perte des objets sociaux est possible, sans qu'il y ait perte effective. « C'est la zone du stress avec des « pré-pathologies » type dépressives ou pseudo-dépressives ».
➔ Dans ces deux zones, les objets sociaux sont conservés, ce qui n'est plus le cas pour les deux autres ; c'est là que commence la clinique psychosociale.
- La zone de l'assistance et de l'insertion : La perte de certains objets sociaux est effective. Zone « d'effets psychiques réversibles dans la mesure où le contrat narcissique « tient », mais avec un processus croissant de vulnérabilité. Citons comme processus réversibles la honte et le découragement ».
- La zone de l'exclusion : Tous les objets sociaux sont quasiment perdus. « La souffrance même empêche de souffrir ». C'est à ce stade que Furtos décrit « l'auto-exclusion psychique » lié à la « clinique de la désaffiliation » qui doit être considérée comme une aliénation, avec passage au « narcissisme négatif ». Nous y reviendrons dans la discussion.

Ainsi la recherche portant sur une population en situation de précarité peut être difficile à cerner du fait de cette polysémie. Maryse Bresson justifie donc notre approche territoriale : « Le découpage peut être déterminé notamment par un terrain d'enquête ». (16)

Pour la réalisation de ce travail, nous considérons la précarité à la lumière de la définition de Joseph Wresinski qui semble être la plus consensuelle.

L'adjectif « précaire » dans notre étude décrit la situation de la personne, et non son

identité. La mise à distance d'une étiquette stigmatisante nous semble importante, nous parlerons donc de population « en situation de précarité ».

3. Définition du non-recours et renoncement aux soins

L'Observatoire DEs NON-REcours aux droits et services (ODENORE) est la structure référente lorsque l'on parle de renoncement et non-recours. Depuis une dizaine d'années elle publie de nombreuses recherches sur le sujet.

Son directeur, Philippe Warin est notamment à l'origine d'une typologie du non-recours (24). Il explique comment la notion de non-recours est arrivée en France depuis le Royaume-Uni (sous le terme « non-take-up of social benefits »), via la forme du non-recours aux prestations sociales. L'objectif affiché par les institutions était de quantifier le non-recours aux droits sociaux afin de « réduire les inégalités et prévenir les ruptures » en « luttant contre les non-recours aux droits et en sécurisant les aides » (25). La population cible initiale étant celle éligible aux prestations sociales, il était relativement facile de la dénombrer et donc d'étudier ce phénomène avec une formule simple :

Le différentiel ou taux de non-recours (Nr) se calcule à partir du ratio de la population éligible qui reçoit une prestation (NeR) sur le total des individus éligibles (Ne) :

$$\text{Taux de Nr} = \frac{100 - \text{NeR} \times 100}{\text{Ne}}$$

Mais plusieurs écueils sont inhérents à cette définition :

Tout d'abord, si la population qui reçoit une prestation est généralement connue, ce n'est pas nécessairement le cas pour la population éligible ; d'où la difficulté pour calculer le taux de non-recours. Ensuite, la définition ne tient pas compte de la dynamique des situations qui fait perdre leur éligibilité à une partie de la population.

Philippe Warin propose donc la définition suivante du non-recours : « le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre. »

L'ODENORE propose une classification de ce non-recours :

- La non-connaissance, lorsque l'offre n'est pas connue,

- La non-demande, quand elle est connue mais pas demandée,
- La non-réception, lorsqu'elle est connue, demandée mais pas obtenue.

Cette classification permet de différencier le non-recours contraint et le non-recours choisi.

Le terme de renoncement aux soins à lui été introduit dans les années 1990 par l'Institut de Recherches et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) avec l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale qui explorait les situations où des personnes ne pouvaient pas entreprendre ou poursuivre des soins, notamment pour des raisons financières. Les chercheurs s'intéressant au sujet, ont souligné le fait que renoncer à des soins ne signifiait pas pour autant ne consommer aucun soin, attirant par là le regard sur le caractère relatif du renoncement.

Par sa nature, la notion de renoncement aux soins est nécessairement déclarative, puisqu'elle implique que les individus aient conscience d'un besoin particulier de soins auxquels ils n'ont pas été en mesure de répondre. La notion de renoncement aux soins se différencie donc de celle du non-recours, qui renvoie davantage à « un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait ». Dans ce cadre, le non-recours est « normatif » et non « déclaratif » (26).

Le renoncement aux soins concerne donc le bénéficiaire, alors que le non-recours concerne davantage les institutions et administrations publiques. Selon une recherche - action réalisée en 2016 intitulée « Pratiques de santé des jeunes de formation professionnelle », un individu peut « avoir le sentiment de renoncer à un soin sans que d'un point de vue médical son état de santé soit considéré comme nécessitant des soins. Inversement un individu peut penser qu'il n'a pas besoin de soins alors que son état de santé le requiert d'un point de vue médical » (27).

- ➔ Une personne déclare renoncer à des soins, pourtant du point de vue médical elle n'a pas besoin de ces soins : Renoncement mais pas Non-recours.
- ➔ Une personne ne déclare pas renoncer, pourtant du point de vue médical son état de santé nécessite des soins : pas de Renoncement mais Non-recours (26).

Caroline Desprès pose la question des différentes significations qui peuvent être liées au renoncement aux soins (9).

Elle développe notamment le sens volontaire de l'action qui suppose un degré de délibération. Ainsi le renoncement est soit l'abandon du but poursuivi jugé inaccessible, soit le

résultat d'un choix entre plusieurs alternatives, amenant à renoncer à une option en faveur d'une autre. Ce qui permet de distinguer deux catégories : le renoncement-barrière et le renoncement-refus.

- Le « renoncement-barrière » : qui est due à un environnement de contraintes qui ne permet pas d'accéder au soin désiré. Ce type de renoncement questionne l'efficacité du système et l'organisation de l'offre de soins.
- Le « renoncement-refus » : une volonté d'autonomie à l'égard de la médecine. Il est l'expression d'un refus des soins par rapport au système de santé.

Elle propose une définition qui regroupe les diverses significations : « **Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit** ». C'est la définition que nous avons retenue pour cette étude.

Dans son étude, les individus n'employaient jamais le terme « renoncement », ce qui était une difficulté de plus pour analyser les situations qui s'apparentaient au renoncement. Ce résultat montre que cette notion n'appartient pas au langage courant dans le champ des soins.

Le caractère qualitatif par entretiens individuels de notre recherche est justifié également par Caroline Desprès qui écrit dans le même article que « dans un contexte d'enquêtes par questionnaire, où les réponses sont préfabriquées et imposées, les personnes cernent mal les contours et répondent selon le contexte, leurs propres expériences et leurs interprétations des attentes des enquêteurs » (9).

Nous avons hésité entre une approche du non-recours et une approche du renoncement aux soins, qui s'avèrent être deux facettes d'une même problématique. Nous avons opté pour l'étude du renoncement aux soins, car « en s'appuyant sur la subjectivité de l'individu, elle le positionne comme acteur de sa prise en charge et non comme objet » (9).

III. Ampleur du renoncement et non-recours aux soins

1. En Métropole

L'ODENORE a publié en 2010 (28) une étude portant sur 1 137 991 consultants, dont 49.6 % d'hommes et 50.4 % de femmes, répartis entre six populations d'actifs précaires et une population de référence, celle des actifs non précaires. L'étude statistique a étudié les relations entre les variables socioéconomiques et de santé contenues dans la base de données du Centre Technique d'Appui et de Formation (CETAF) des centres d'examens de santé financés par l'Assurance maladie, et les trois variables de non-recours systématiquement renseignées par les consultants au cours des examens de santé, à savoir :

- Le non-recours au médecin, expliqué par la réponse « Jamais » à la question concernant la « Visite chez le médecin depuis 2 ans ».
- Le non-recours au dentiste, expliqué par la réponse « Jamais » à la question concernant la « Visite chez le dentiste depuis 2 ans ».
- Le non suivi sur le plan gynécologique, expliqué par la réponse « Non » à la question concernant le « Suivi gynécologique depuis 2 ans ».

- L'absence de consultation d'un médecin (généraliste ou spécialiste) oscillait entre : 8,7% (Hommes), 3,6% (Femmes) chez les personnes non en situation de précarité, 19,2% (Hommes), 10,7% (Femmes) chez les personnes en situation de précarité,
- L'absence de consultation dentaire oscillait entre : 15,8% (Hommes), 10% (Femmes) chez les personnes non en situation de précarité, 35,6% (Hommes), 25,7% (Femmes) chez les personnes en situation de précarité,
- L'absence de consultation gynécologique oscillait entre : 17,4% chez les personnes non en situation de précarité et 55,4% chez les personnes en situation de précarité.

On observe donc effectivement un **taux de non-recours systématiquement plus important au sein des sous-groupes de population identifiés en situation de précarité.**

Ces données concordent avec les résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale de 2006 menée par l'IRDES. Les chercheurs ont additionné neuf dimensions de précarité regroupées dans trois catégories : les expériences de difficulté au cours de la vie, la situation

présente ou récente au cours des douze derniers mois, et la perception du futur proche. Ils ont construit un score de précarité en faisant la somme des événements de précarité passés, présents et futurs déclarés, mais sans distinguer lesquels. Ils retrouvent ainsi un lien direct entre score de précarité et taux de renoncement aux soins comme indiqué dans la figure 3. (29)

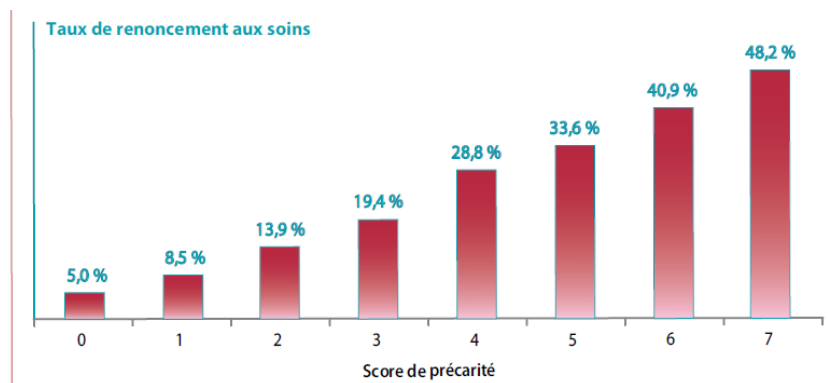


Figure 3 : Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité

Dans la dernière Enquête Santé Protection Sociale de 2014 menée par l'IRDES en population générale **25 % des personnes** déclaraient avoir renoncé à au moins un soin pour raisons financières. On retrouvait 17% de renoncement aux soins dentaires, 10% de renoncement aux soins optiques, 5% de renoncement aux consultations médicales et 4,5 % de renoncement à d'autres types de soins. (30)

Un gradient était retrouvé selon la couverture maladie.

Concernant les soins optiques, 25 % déclarent avoir renoncé à des soins d'optique chez les personnes sans couverture maladie, contre 16 % pour les bénéficiaires de la CMUc et 9 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé hors CMUc.

La mise en place de la CMUc ne permet donc pas de combler totalement l'écart entre ses bénéficiaires et les personnes ayant une complémentaire privée. Il convient alors de se questionner sur les autres facteurs qui peuvent agir sur le renoncement aux soins.

Plus récemment, le rapport 2019 de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de MDM met en évidence au sein des personnes rencontrées dans les Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO) un taux de retard de recours aux soins médicaux de 46,5 % et un taux de renoncement aux soins au cours de l'année précédente de 11,5 % (32).

2. A La Réunion

Une étude sur le renoncement aux soins à La Réunion en population générale a été réalisée en 2014. Aucune étude n'a été initiée à notre connaissance auprès des populations en situation de précarité.

Cette étude quantitative, interrogeait par entretien téléphonique 1 606 personnes de 18 ans et plus, domiciliées à La Réunion (7). Le taux de recours au médecin généraliste selon la couverture maladie est présenté dans le Tableau 1.

Catégorie	Modalité	Taux de recours	Odds ratios	P-valeur
	Recours au médecin généraliste	85%		
Etat de santé perçu	Mauvais (N=561)	93%	2,057	***
	Bon (N=1045)	80%	réf	
Couverture maladie	Aucune complémentaire (N=95)	64%	0,564	**
	Autres complémentaires santé (N=903)	89%	1,806	***
	NSP (N=3)	100%	>999,999	ns
	Sans couverture (N=4)	40%	0,196	ns
	CMU-C (N=601)	82%	réf	

Tableau 1 : Taux de recours au médecin généraliste d'une population réunionnaise selon la couverture maladie (7)

On observe tout comme cité précédemment en métropole que l'accès à une CMUc ne permet d'abaisser que partiellement le taux de non-recours aux soins. Puisque le taux de non-recours était de 36 % dans le groupe sans complémentaire, de 18 % dans le groupe avec une CMUc et de 11 % dans le groupe avec une autre complémentaire.

L'écart était donc de 7 points entre le groupe avec la CMUc et le groupe avec une autre complémentaire, le même écart qu'en Métropole.

Dans cette étude, le renoncement aux différents types de soins a été étudié en population générale à La Réunion (Figure 4).

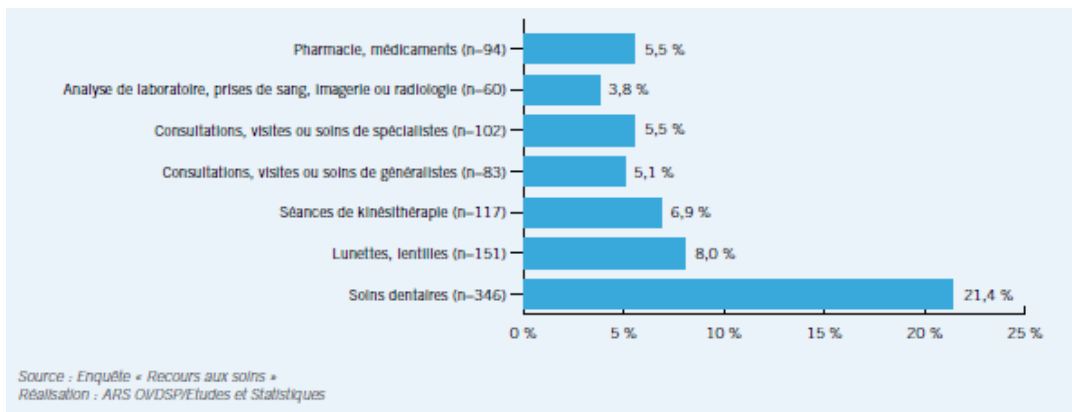


Figure 4 : Taux de renoncement par types de soins et pour tous motifs confondus (7)

En mettant de côté les consultations chez le spécialiste, on observe avec cette figure une réelle problématique du renoncement aux soins de premiers recours à La Réunion, avec en tête des soins renoncés, les soins dentaires (pour 21,4 % de la population), suivi des soins optiques (pour 8,0 %) et des soins de kinésithérapie (pour 6,9 %).

Dans cette étude également quelques causes du renoncement aux soins ont été analysées. A partir des données récupérées de l'étude nous avons pu réaliser les Figures 5 et 6 :

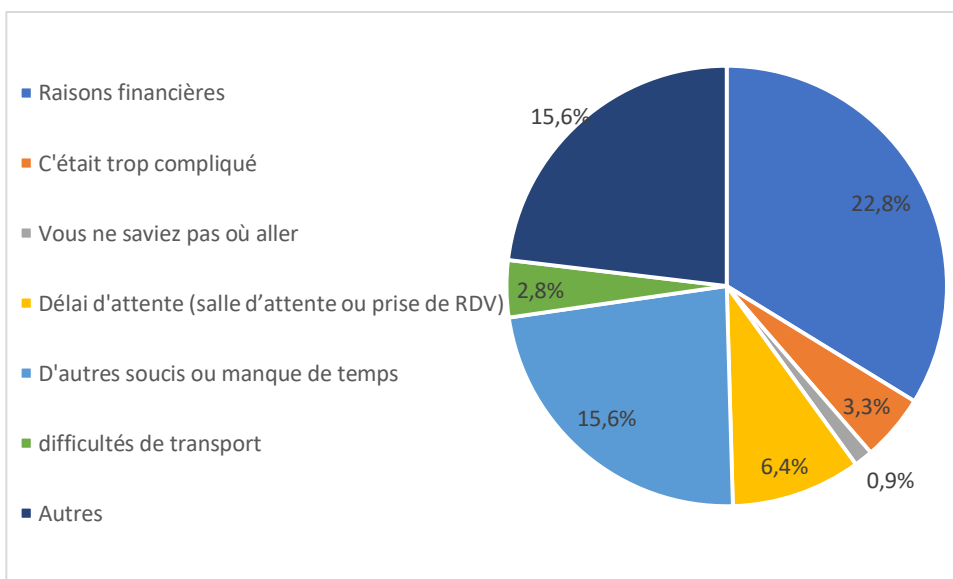


Figure 5 : Causes du renoncement aux soins dans la population générale réunionnaise (tout soins confondus) (7)

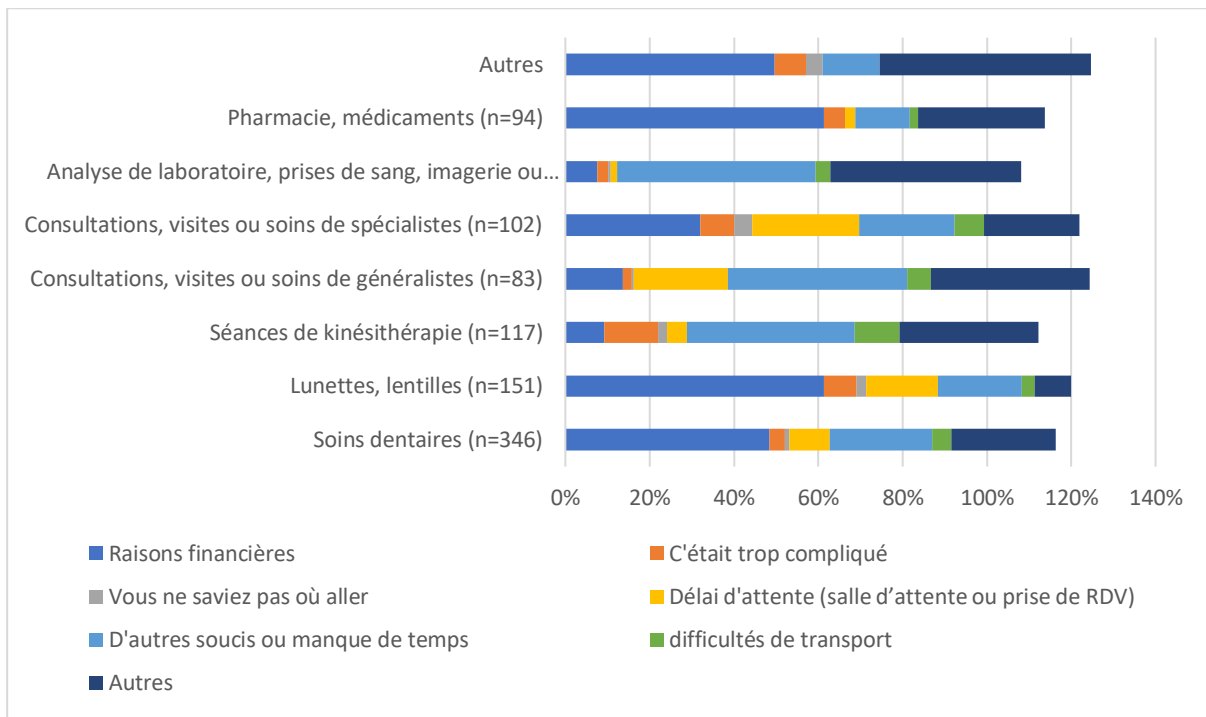


Figure 6: Causes du renoncement selon le type de soins, dans la population renonçant (7)

En lisant ces données nous avons observé une part majeure de la réponse « Autres raisons » et des intitulés de questions assez vagues « c'était trop compliqué », « d'autres soucis ». Ces résultats ont donc conforté notre approche qualitative du sujet, afin de questionner individuellement les parcours de soins et de comprendre plus en profondeur les raisons de ce renoncement. L'approche qualitative étant la seule méthode adéquate pour l'exploration du vécu et des ressentis des personnes.

IV. Actualisation sur les droits à la couverture sociale

Nous souhaitons faire un bref rappel des dispositifs d'accès à la couverture sociale en France. La création de ces différentes prestations avait pour ambition d'éviter les situations de renoncement pour raisons financières, ce qui a longtemps été la seule cause de non-recours envisagée. Ces dispositifs relèvent du « ciblage », qui consiste à concentrer les budgets sociaux sur les personnes le nécessitant le plus (33).

1. Avant les années 2000

Depuis 1893, donc déjà avant la création de la sécurité sociale en 1945, il existait une **Aide Médicale Gratuite (AMG)** devenue ensuite **l'Aide Médicale Départementale (AMD)** qui, venant compléter ou remplacer l'assurance maladie, permettait un accès gratuit aux soins de santé des malades « privés de ressources » (34).

Cette loi a été réformée en 1953 pour confier à l'État cette aide médicale gratuite afin d'éviter les disparités territoriales. Cette réforme avait la particularité d'attribuer cette aide sociale sans contribution préalable du bénéficiaire ni mention de la condition de régularité du séjour pour les étrangers.

Mais en 1993, la loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France, dite « Loi Pasqua », a bouleversé cette organisation en introduisant une condition de régularité de séjour pour bénéficier de l'assurance maladie. En conséquence cette loi a supprimé le droit à la protection sociale pour les « sans-papiers » qui, comme les plus pauvres, se tournaient vers l'AMD (35).

2. La Couverture Maladie Universelle (CMU), la Couverture Maladie complémentaire (CMUc) et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

La loi du 27 juillet 1999 crée la **Couverture Maladie Universelle (CMU)** qui devait permettre à toute personne de bénéficier de la protection d'un régime obligatoire d'Assurance Maladie. Sous réserve de résider de façon stable, c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, et régulière sur le territoire national. Cette mesure permettait d'étendre la qualité d'assuré à ceux qui n'étaient ni travailleurs, ni ayants droits d'un assuré (36).

Cette même loi a créé également la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc), afin de permettre aux personnes les plus démunies de prendre en charge le reste des dépenses non remboursées par le régime obligatoire de la sécurité sociale. C'était donc une complémentaire santé gratuite sous conditions de résidences et de ressources. Ces conditions de ressources étaient initialement établies à 50 % du revenu médian soit le seuil de pauvreté défini par l'INSEE. Ce seuil engendrait une exclusion de populations bénéficiant de minimas sociaux tels que le minimum vieillesse.

Pour essayer d'atténuer cet effet seuil, la loi relative à l'Assurance Maladie de 2004 a mis en place l'**Aide à la Complémentaire Santé** (ACS). Elle consistait en une aide financière au paiement d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé (37).

Initialement, le plafond d'attribution de l'ACS se situait à + 15 % du plafond de la CMUc. Le montant de l'ACS variait en fonction de l'âge des personnes composant le foyer : 100 € pour les personnes âgées de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de 16 à 49 ans, 350 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 550 € pour celles de 60 ans et plus (38).

3. L'Aide Médicale d'Etat (AME)

De façon concomitante à la CMU et la CMUc, la loi de 1999 a vu l'entrée en vigueur de l'**Aide Médicale d'Etat** (AME). Elle assure une protection médicale aux personnes étrangères qui ne peuvent être affiliés à un régime de sécurité sociale, en raison de leur situation irrégulière sur le territoire français. Initialement la seule condition d'obtention était une condition de ressources selon un seuil fixé.

A noter que le panier de soins de l'AME est moins important que celui de la CMUc :

- moindre remboursement des prothèses dentaires et lunettes (pas de prise en charge complémentaire, le reste à charge entraîne de facto un non-accès à ces dispositifs), valable également pour les enfants,
- pas de prise en charge de la prévention bucco-dentaire (dispositif M'tes dents pour les enfants de 6 ans : seulement pour ceux couverts par le régime général, pas pour les enfants bénéficiant de l'AME)
- pas de prise en charge des médicaments à service médical rendu faible,
- pas de prise en charge du parcours de procréation médicalement assisté ni des cures thermales.

Ainsi en 2000, seule la CMU était soumise à une condition de résidence de plus de trois mois. Les personnes qui ne remplissaient pas ce critère pouvaient, en attendant, bénéficier de l'AME, puisque cette dernière n'était, alors, subordonnée à aucune condition de stabilité de résidence. Le public de l'AME était encore mixte : il pouvait être stigmatisé en tant que pauvre, mais pas en fonction de son origine ou de sa situation administrative.

« Cette situation change avec la loi de finances rectificative pour 2003, qui subordonne l'AME à une condition de résidence stable et ininterrompue de plus de trois mois. Les étrangers, qui résident en France depuis moins de trois mois, ne peuvent désormais plus y prétendre. » (39). Elle limite les soins médicaux pris en charge en urgence aux seules situations qui mettent en jeu le pronostic vital immédiat. Cette réforme de 2003 peut donc être analysée comme un signe de régression du point de vue des droits des étrangers en situation irrégulière.

En complément de l'AME, l'**AME à titre humanitaire** a été créé pour les personnes de nationalité étrangère ne résidant pas en France, en cas d'accident ou de maladie lors de leur passage en France (visa touristique, visa de court séjour) si les soins médicaux ne peuvent pas être donnés dans leur pays d'origine. Cette aide est adressée aux seules personnes en situation régulières sur le territoire.

Elle est délivrée par le ministère chargé de l'action sociale. La demande est adressée à la direction départementale de la cohésion sociale (40).

Pour les personnes en situation irrégulière ne bénéficiant pas de l'AME (résidant depuis moins de 3 mois, dépassant le plafond de ressources, en cours de demande, ou ne l'ayant pas demandé), une **prise en charge des soins urgents et vitaux hospitaliers** est possible depuis 2005. Ces soins urgents sont définis par des soins « dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou de l'enfant à naître, [...] les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité, [...] tous les soins et traitements délivrés à l'hôpital aux mineurs, [...] les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse, [...] les soins à la femme enceinte et au nouveau-né, [...] les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les Interruptions Volontaires de Grossesse » (41).

Cette mesure ne prend en charge que les soins et traitements délivrés lors d'une hospitalisation, ainsi aucune mesure ne couvre les frais de prise en charge après la sortie de l'hôpital. Elle est délivrée par le médecin de contrôle de la sécurité sociale après évaluation du dossier envoyé par le médecin hospitalier.

A noter que les personnes demandant l'asile ne sont pas concernées par l'AME, puisqu'elles relèvent de plein droit dès le dépôt du dossier de demande d'asile en préfecture de la CMUc, et ce initialement jusqu'à 1 an après une décision de rejet.

4. La Protection Universelle Maladie (PUMA) et la Complémentaire Santé Solidarité (CSS)

Depuis janvier 2016, la CMU a laissé la place à la **Protection Universelle Maladie (PUMA)** (42). Toute personne travaillant ou résidant en France de façon régulière se voit ouvrir des droits à la sécurité sociale de base :

- Les personnes qui travaillent n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.

- Pour les personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France, à savoir résider en France depuis au moins 3 mois à l'ouverture des droits puis au moins 6 mois par an.

Cette mesure avait pour objectif de simplifier et d'achever l'universalisation du système, mais a pourtant maintenu, comme seize ans auparavant la loi créant la CMU, les étrangers en situation irrégulière en dehors du périmètre de l'universalisation. « Un système dual perdure donc, avec d'un côté, une assurance maladie universelle pour les personnes en situation régulière et, de l'autre, l'AME pour les personnes étrangères en situation irrégulière. » (34)

Depuis le 01 novembre 2019, la **Complémentaire Santé Solidarité (CSS)** est le résultat de la fusion de la CMUc et de l'ACS.

Comme avec l'ACS et la CMUc, les bénéficiaires de la CSS ne font pas l'avance des frais médicaux et aucun dépassement d'honoraires ne peut leur être facturé par les professionnels de santé, quel que soit le secteur (43).

Il est à noter que la PUMA ne nécessite pas de démarche pour le renouvellement tandis que la CSS (tout comme la CMUc) et l'AME ne sont délivrés que pour 1 an et nécessite donc de refaire les démarches tous les ans, au minimum deux mois avant l'expiration de son droit (44).

5. En 2019, un tournant politique

En 2019, on observe une volonté politique de réforme de l'AME qui semble selon les Organisations Non Gouvernementales aller dans un sens de diminution des droits des personnes étrangères (45,46).

Ainsi la durée de prolongation des droits à l'assurance maladie à l'expiration du document de séjour régulier (tout étranger dont les demandeurs d'asile) a été réduite à 6 mois (anciennement 12 mois) (47).

Un délai de 3 mois d'ancienneté de présence en France pour les demandeurs d'asile majeurs a été instauré pour l'accès à la PUMA et la CSS (48).

Une condition d'ancienneté de trois mois de séjour en situation irrégulière en France (et non plus ancienneté de séjour simple) a été rajoutée pour avoir accès à l'AME (48).

Une condition d'ancienneté de bénéfice de l'AME pour accéder à certains soins a été rajoutée (48). La liste des soins concernés et la durée d'ancienneté n'est pas encore fixée au moment d'écrire ce travail.

Une obligation de dépôt physique de la première demande auprès d'une caisse de sécurité sociale (pas de demande par courrier) a été créée (48).

Les associations s'inquiètent également de la disparition du Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire et de l'avenir de l'ensemble de ses missions. Elles soulèvent dans un communiqué de presse que « supprimer ce Fonds, c'est aussi supprimer le travail d'enquêtes, d'études et de recherches sur les bénéficiaires, leur accès aux soins, l'observation du non-recours qui y est mené, et ces travaux d'observatoire qui sont indispensables pour garantir un accès à la santé de qualité pour tous » (49).

V. Le score EPICES, de la difficulté à quantifier la précarité

1. Les différents scores de précarité

Régis Pierret introduit notre difficulté en ces termes : « La précarité n'est pas plus quantifiable que ne l'était le paupérisme » (15).

Mais dans le cadre de la recherche en soins primaires, nous avons besoin d'un moyen pour orienter la recherche vers la population cible. Ainsi nous avons trouvé trois scores utilisés en France dans ce but.

Un score de « Handicap social » a été créé de façon concomitante à la mise en place de la tarification à l'activité, afin de repérer et de « coter » la précarité. Il est composé de 111 items, ce qui le rend peu facile d'usage, et a été élaboré dans un cadre hospitalier (50).

Le score « Pascal », a lui été créé au Centre Hospitalo-Universitaire de Nantes ayant pour objet de repérer les patients en situation de précarité venant en consultation à l'hôpital. Il avait l'avantage d'être composé de seulement 5 questions, mais a été construit lui aussi dans un cadre hospitalier, et les questions ont été écrites sur « dires d'expert ». De plus il a été validé sur seulement 222 patients (51).

Le score d'Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examen de Santé de l'Assurance Maladie (EPICES) a été créé en 1998, c'est le plus fréquemment utilisé dans la littérature (52). Nous le détaillerons dans le paragraphe suivant.

2. Le score EPICES

L'équipe de chercheurs à l'origine du score a jugé que les critères socio-administratifs pour définir la précarité n'étaient pas suffisants et oublièrent de nombreux facteurs tels que revenu, logement, diplômes, protection sociale, liens sociaux, culture, santé. C'est pourquoi ils ont construit un score individuel de précarité, dénommé EPICES prenant en compte toutes ces dimensions de la précarité afin de mieux identifier les populations en situation de difficulté sociale ou matérielle.

Dans un premier temps, le score a été construit à l'aide de 42 questions socioéconomiques administrées dans un échantillon de 7 208 personnes.

Une analyse factorielle des correspondances a fait ressortir un axe factoriel majeur, le long duquel s'ordonnaient des caractéristiques allant de l'aisance sociale à la situation la plus défavorisée. Cet axe a été interprété comme le reflet du gradient social lié à la précarité, la position d'une personne sur cet axe constituant un indicateur quantitatif de son degré de précarité. Puis un sous ensemble de 11 indicateurs binaires a été sélectionné par une régression multiple expliquant 90,7 % de la variance du facteur « précarité ». Les coefficients de régression ont permis de déterminer les « poids » de chaque question, donnant la règle de calcul du score au niveau individuel, variant de 0 (absence de précarité) à 100 (précarité maximum).

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

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

Tableau 2 : Les 11 questions du score EPICES et leur pondération (53)

Dans un deuxième temps, le score Epices a été calculé sur 197 389 consultants âgés de plus de 18 ans. Les données des consultants ont été recueillies en appliquant des procédures standardisées identiques pour tous les centres : questionnaire, examen médical et dentaire, tests fonctionnels. Les variables étudiées étaient différents indicateurs socio-économiques, de mode de vie et de santé.

La population a été divisée en quintiles de la distribution du score EPICES, le quintile 1 regroupant les sujets avec les scores les plus faibles (absence de précarité) et le quintile 5, les sujets avec les scores les plus élevés (précarité maximum). Les limites de définition des

quintiles sont : 0 – 7,1 – 16,6 – 30,2 – 48,5 – 100.

L'analyse montre que le score EPICES est lié de manière statistiquement significative ($p < 0,0001$ pour chacun des indicateurs étudiés) à tous les indicateurs de position sociale, de modes de vie, d'accès aux soins et de santé. Des relations « score-dépendantes » sont systématiquement mises en évidence, montrant la pertinence de l'aspect quantitatif du score.

Ainsi, la personne est considérée comme en situation de précarité au-delà de 30.

Ce score conduit à classer les personnes de façon binaire soit en « précaire » soit en « non précaire » ce qui est certainement très réducteur.

Mais il a été montré qu'il permet d'identifier des populations fragilisées socialement et/ou médicalement, qui ne sont pas détectées par les critères socio-administratifs (53,54).

En pratique, il présente l'intérêt d'être facile à recueillir dans le cadre d'un questionnement en face-à-face auprès de populations spécifiques mais également en population générale. Ses propriétés psychométriques ont été validées et il est reproductible en population générale (55).

De plus, ce score est le score utilisé localement par la PASS de Saint Pierre. Pour toutes ces raisons nous avons choisi de le privilégier par rapport aux autres.

VI. La précarité à La Réunion et à Saint Louis

Paramètre	Métropole	Réunion	Saint Louis
<i>Population</i>			
Population en 2017	64 639 133	853 659	53 365
Source : INSEE (56)			
<i>Revenus</i>			
Taux de pauvreté en 2016	14,7 %	39,0 %	48 %
Part des ménages fiscaux imposés en 2016	52,0 %	27,8 %	19 %
Médiane du revenu disponible par unité de consommation en 2016	20 809 €	14 733 €	12 843 €
Source : Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-Cmsa, Fichier localisé social et fiscal en géographie au 01/01/2019 (57)			
<i>Emploi – Chômage au sens du recensement</i>			
Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2016	13,6 %	34,8 %	41,4 %
Source : Insee, RP2016 exploitations principales en géographie au 01/01/2019 (57)			
<i>Couverture maladie</i>			
Taux de bénéficiaires de la CMUc en 2018	7,7 %	33,4 %	44,5 %
Sources : CNAM (58), CGSS Réunion (59), Fonds CMUc (60)			
<i>Aides sociales</i>			
Taux de bénéficiaires d'un minimum social en 2018 (RSA Socle et/ou RSO et/ou AAH et/ou complément AAH sans AAH)	4,2 %	14,5 %	17,4 %
Taux de personnes couvertes par un minimum social en 2018	10,8 %	30,9 %	39,8 %
Taux de bénéficiaires de la prime d'activité en 2018	4,1 %	7,0 %	7,7 %
Taux de personnes couvertes par la prime d'activité en 2018	1,6 %	16,2 %	19,1 %
Taux de bénéficiaires d'une aide au logement en 2018	9,2 %	13,6 %	13,1 %
Taux de personnes couvertes par une aide au logement en 2018	19,2 %	33,0 %	37,3 %
Taux de familles monoparentales	2,7 %	7,9 %	9,3 %
Sources : CAF de La Réunion (61), CNAF (62), DRESS (63)			

Tableau 3 : Comparatif des indices de précarité Saint Louis - Réunion - Métropole

En comparant les différentes données socio-économiques des territoires, nous pouvons voir que les indicateurs sur Saint Louis sont tous supérieurs à la moyenne réunionnaise, ce qui justifie notre approche sur ce territoire.

En 2013, l'INSEE a publié une étude classant 114 grands quartiers de La Réunion des plus précaires aux plus aisés (64).

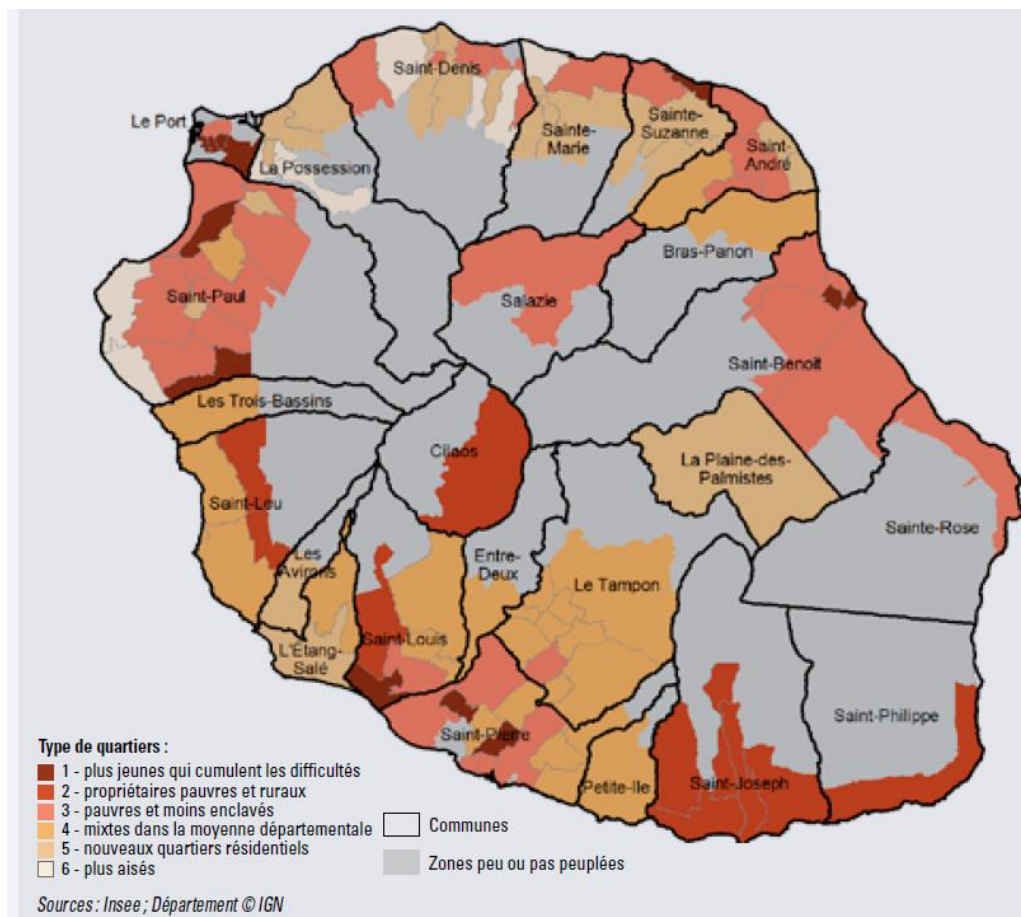


Figure 7 : Les 114 grands quartiers de La Réunion classés en six groupes, du plus précaire au plus aisé, selon l'INSEE (64)

Ainsi on observe à Saint Louis aucun quartier « plus aisé » ni de « nouveaux quartiers résidentiels ».

Les quartiers de la Rivière Saint Louis Sud et Nord sont des quartiers « mixte dans la moyenne départementale. »

Le quartier de Saint Louis Nord est un quartier « pauvre et moins enclavé ».

Les quartiers du Gol et des Makes sont des quartiers « de propriétaires pauvres et ruraux ».

Le quartier de Saint Louis Sud est considéré comme le quartier le plus précaire vu comme « jeune qui cumule des difficultés ».

MATERIEL ET METHODES

I. Schéma d'étude

Pour répondre à notre objectif nous avons choisi de réaliser une étude qualitative s'inspirant du principe de la théorisation ancrée. Ce type de recherche est adapté à l'étude de phénomènes sociaux.

Son but est de décrire, comprendre et expliquer des phénomènes (65). Transposée dans le domaine de la santé, cette démarche inductive génératrice d'hypothèses, permet d'explorer les représentations, les comportements et l'expérience vécue par les personnes (66).

II. Population

Les critères d'inclusion étaient : être majeur, être en situation de précarité avec un score EPICES > 30, résider ou vivre de façon majoritaire sur la commune de Saint Louis au moment de l'étude.

Les critères de non-inclusion étaient : un trouble aigu empêchant totalement la compréhension du langage.

Le seul critère d'exclusion était le refus de participer à l'étude.

Nous n'avons pas mis dans les critères d'inclusion le fait de déclarer avoir renoncé à des soins. En effet, la population la plus préoccupante, et la plus exposée aux conséquences du nonaccès aux soins est la population qui ne déclare pas de renoncements alors qu'elle ne recourt pas aux soins, c'est souvent le cas des personnes en situation de grande précarité où l'expression d'un besoin de soins n'est plus possible (67). Il paraissait important de recueillir les vécus de ces personnes dans cette étude.

III. Recueil des données

Dans un premier temps, le chercheur a rencontré les structures sanitaires et médico-sociales susceptibles d'accueillir ce public afin de leur présenter l'étude. La fiche du projet leur

a été donnée et une fiche explicative a été laissée à l'attention des patients.

Dans un deuxième temps, les professionnels au contact des personnes délivraient la première information et si la personne était d'accord, transmettaient ses coordonnées au chercheur.

Dans un troisième temps, le chercheur les contactait par téléphone pour convenir d'une date et du lieu de rendez-vous pour l'entretien.

L'entretien était alors réalisé en tête à tête suivant les principes d'un entretien semi-dirigé à l'aide d'un guide d'entretien préalablement élaboré (Annexes 1,2,3). A partir du onzième entretien, une liste des propositions de renoncement retrouvés dans la littérature a été proposée à la lecture des personnes avant l'entretien afin d'éviter un biais de mémoire.

L'entretien était enregistré puis retranscrit mot à mot par l'enquêteur.

L'échantillonnage était raisonné et le recrutement en partie par effet boule de neige.

IV. Analyse des données

L'analyse a été réalisée par le thésard à l'aide du logiciel QDA Miner Lite suivant un principe inspiré de la théorisation ancrée.

Elle s'est faite en partie en parallèle des entretiens afin de faire évoluer le guide d'entretien à la lumière des entretiens précédents.

Une triangulation des données a été effectuée de manière indépendante par l'enquêteur et le directeur de thèse sur un entretien en réalisant un double codage, ce qui a permis de valider la structuration des résultats.

V. Critères de validité

1. Validité interne

Afin d'attester de la validité interne de notre étude nous présentons les critères Consolidated criteria for REporting Qualitative research (COREQ) dans le Tableau 4.

N°	Item	Description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
<i>Caractéristiques personnelles</i>		
1	Enquêteur/animateur	Sylvain BRUNET
2	Titres académiques	Doctorant
3	Activité	Médecin remplaçant
4	Genre	Masculin
5	Expérience et formation	Cours Département de Médecine Générale
<i>Relations avec les participants</i>		
6	Relation antérieure	Aucune
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Motif de la recherche (chercher les causes de renoncement)
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Etudiant en médecine en fin de cursus
Domaine 2 : Conception de l'étude		
<i>Cadre théorique</i>		
9	Orientation méthodologique et théorie	Inspirée de la théorisation ancrée
<i>Sélection des participants</i>		
10	Echantillonnage	Echantillonnage raisonné et par effet boule de neige
11	Prise de contact	Téléphone puis face à face
12	Taille de l'échantillon	31
13	Non-participation	12
<i>Contexte</i>		
14	Cadre de la collecte de données	Lieu de vie ou lieu public choisi par la personne
15	Présence de non-participants	Parfois des membres de la famille dans la même pièce
16	Description de l'échantillon	Personnes en situation de précarité entre Août 2019 et Octobre 2019, vivant de façon majoritaire sur la commune de Saint Louis
<i>Recueil des données</i>		
17	Guide d'entretien	Guide fourni en annexe, guide testé préalablement
18	Entretiens répétés	Non, entretien unique
19	Enregistrement audio/visuel	Enregistrement audio
20	Cahier de terrain	Pas de note pendant les entretiens ¹ , mais quelques notes après.
21	Durée	Entre 16 et 50 minutes
22	Seuil de saturation	A été discuté : recherche d'une suffisance théorique
23	Retour des retranscriptions	Non

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

Domaine 3 : Analyse et résultats		
<i>Analyse des données</i>		
24	Nombre de personnes codant les données	Double codage pour un entretien
25	Description de l'arbre de codage	Non
26	Détermination des thèmes	Déterminés à partir des données
27	Logiciel	QDA Miner Lite
28	Vérification par les participants	Non
<i>Rédaction</i>		
29	Citations présentées	Oui avec identification par numéro d'entretien
30	Cohérence des données et des résultats	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Oui

Tableau 4 : Tableau COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) appliqué à notre étude

2. Validité externe

L'échantillon de population en situation de précarité constituant cette étude était diversifié ce qui permettait une variance des points de vue. La suffisance théorique des données a été recherchée.

VI. Critères éthiques

A chaque début d'entretien, le chercheur assurait l'anonymisation des données enregistrées et recueillait l'accord oral du participant. La possibilité de se retirer à tout moment de l'étude lui était précisée.

Afin de garantir l'anonymat des participants, les données permettant de les identifier ont été supprimées lors de la retranscription et tous les enregistrements ont été détruits à l'issue de celle-ci. Les entretiens ont été numérotés dans l'ordre de leur réalisation.

Une déclaration des traitements de données à caractère personnel auprès du délégué à la protection des données de l'Université de La Réunion a été envoyée sous le numéro 299385 le 24 Juillet 2019.

Une déclaration simplifiée de conformité avec la méthodologie type MR-004 décrite par la CNIL en application avec la loi du 78-17 du 6 janvier 1978 actualisée en juin 2018 a été

déposée sous le numéro 2216208v0.

Cette recherche utilise des techniques de recherche de sciences humaines et sociales et n'est pas soumise à la loi Jardé : loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine.

RESULTATS

I. Caractéristiques des entretiens

Les entretiens se sont déroulés entre les mois d'août et octobre 2019.

Ils ont eu lieu au domicile des personnes, sur le lieu d'hébergement ou dans la rue dans un endroit calme choisi par le participant.

La durée moyenne des entretiens était de 33 minutes avec un minimum à 16 minutes et un maximum à 50 minutes.

Six entretiens ont été réalisés avec le premier canevas, un entretien avec le deuxième canevas, et onze entretiens avec le troisième canevas.

II. Caractéristiques de la population étudiée

15 structures ou professionnels de santé ont été contactées pour le recrutement.

- Deux Médecins généralistes
- La PASS de l'hôpital de Saint Pierre
- L'Assistant social du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Saint Louis
- La Boutique solidarité de Saint Pierre
- Une psychiatre proposant une consultation spécifique aux personnes en situation de précarité au Centre Médico Psychologique (CMP) de Saint Pierre
- Le CMP de Saint Louis
- Le service de Médecine polyvalente de l'hôpital de Saint Louis
- Le service d'addictologie de Saint Louis
- La PMI de Saint Louis
- Une Conseillère en Economie Sociale et Familiale (CESF) travaillant avec l'association Economie Sociale et Familiale (ESF) Réunion sur Saint Louis
- La Plateforme Territoriale d'Appui 974
- La CIMADE
- L'association Nou lé la
- Le planning familial de La Réunion

Seulement 6 structures ou professionnels ont adressés des personnes à l'enquêteur.

Une partie du recrutement a été effectué par effet boule de neige.

- 28 personnes via l'Assistant social du CCAS de Saint Louis et 1 personne par effet boule de neige
- 5 personnes via la CESF travaillant avec l'association ESF Réunion sur Saint Louis
- 2 personnes via la PASS de l'hôpital de Saint Pierre et 1 personne par effet boule de neige
- 2 personnes via le CMP de Saint Louis
- 2 personnes via la CIMADE
- 1 personne via le service de médecine polyvalente de l'hôpital de Saint Louis

Trois structures nous ont fait parvenir les difficultés à recruter des personnes, du fait de leur mobilité, leur manque de confiance ou de disponibilité.

44 patients ont été inclus initialement, parmi eux 19 ont pu réaliser l'entretien.

- 13 n'ont pas pu être recontactés car ils n'avaient pas de téléphone, n'ont jamais répondu au téléphone ou étaient en prison.
- 2 ont refusés clairement lorsque l'enquêteur leur a réexpliqué la démarche au téléphone.
- 4 ont dit avoir besoin de réflexion sans se repositionner par la suite.
- 6 ne se sont pas présentés au rendez-vous convenu.

Deux entretiens ont été perdus par suite d'une défaillance technique du dictaphone, un seul a pu être réeffectué.

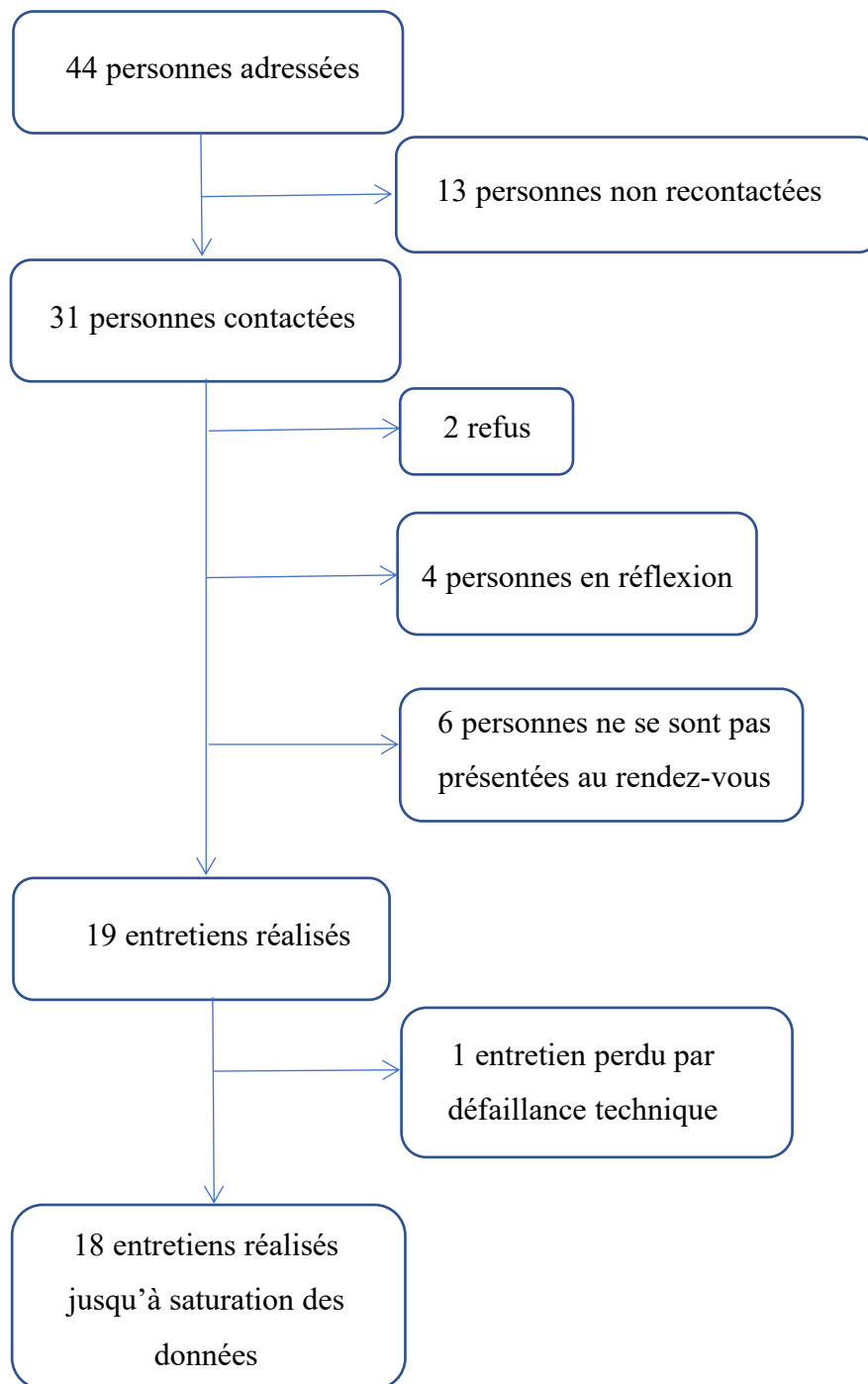


Figure 8 : Diagramme de flux

Anonymisation	Durée (min)	EPICES	Sexe	Age	Origine	Situation Familiale	Etudes	Logement	Emploi	Revenu mensuel	Etat de santé déclaratif	Médecin traitant	Orient- tion	Confiance du système	Couverture sécurité sociale
P1	38	73,96	M	25	Anjouan	En couple, 1 enfant	BAC +3	Hébergé	sans	?	Bon	oui	PASS	?	CSSM
P2	36	65,68	F	57	Anjouan	En couple, 5 enfants	Pas de scolarité	Hébergée	sans	?	Mauvais	non	CIMADE	?	aucune
P3	16	71,6	F	50	Anjouan	En couple, 11 enfants	Primaire	Locataire bidonville	sans	1 116 €	Mauvais	non	CIMADE	?	CSSM
P4	18	67,45	M	21	Anjouan	Seul, 1 enfant	BAC	Hébergé	sans	100 €	Bon	non	PASS	?	AME
P5	17	73,96	M	25	Anjouan	Seul, 0 enfant	Pas de scolarité	Hébergé	sans	?	Moyen	non	Boule neige	?	?
P6	29	40,23	F	43	Mayotte	Seule, 1 enfant	Brevet	Locataire	sans	650 €	Bon	oui	CESF	?	CMUc
P7	21	47,33	F	28	Mayotte	Seule, 5 enfants	CAP	Locataire	sans	1 500€	Moyen	oui	CESF	?	CMUc
P8	42	66,86	F	33	Réunion	Seule, 2 enfants	BEP	Locataire	sans	660 €	Bon	oui	CESF	oui	aucune
P9	36	55,03	F	67	Réunion	Seule, 2 enfants	Primaire	Locataire	retraite	359 €	Moyen	oui	CESF	non	CMUc
P10	39	38,46	M	45	Réunion	Seul, 0 enfants	Pas de scolarité	Propriétaire Cabane	sans	60 €	Mauvais	oui	Hôpital	non	Mutuelle
P11	43	55,62	M	64	Réunion	Seul, 4 enfants	Brevet	Locataire	retraite	919 €	Bon	oui	CCAS	oui	CMU+ACS
P12	50	55,62	M	41	Métropole	Seul, 3 enfants	CAP	Hébergé	sans	518€ASS	Bon	non	CCAS	non	CMUc
P13	37	74,56	M	33	Mayotte	Seul, 0 enfants	Pas de scolarité	Voiture	sans	550€RSA	Mauvais	oui	CCAS	?	CMUc
P14	31	56,8	M	45	Réunion	Seul, 0 enfants	Pas de scolarité	Locataire	sans	489€RSA	Bon	oui	CCAS	oui	CMUc
P15	22	50,89	M	55	Réunion	En couple, 4 enfants	Primaire	Locataire	sans	510€ASS	Mauvais	oui	Boule neige	non	CMUc
P16	38	65,09	M	47	Réunion	Seul, 1 enfant	Brevet	Locataire	sans	500€ASS	Bon	oui	CCAS	non	CMUc
P17	49	69,23	F	64	Réunion	Seule, 3 enfants	Primaire	Locataire	retraite	258 €	Mauvais	oui	CMP	non	CMUc
P18	22	69,23	M	37	Réunion	Seul, 0 enfants	BAC	Hébergé	sans	800 €	Moyen	oui	CMP	non	mutuelle

Tableau 5 : Caractéristiques de la population d'étude

Afin de visualiser plus facilement les caractéristiques de la population d'étude, nous les avons modélisées dans les figures qui vont suivre.

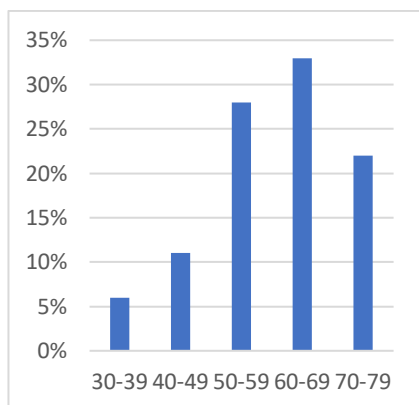


Figure 9 : Score EPICES

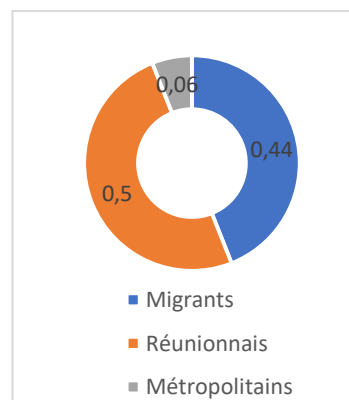


Figure 10 : L'origine

Sur l'échantillon de population interrogé, le score EPICES avait une moyenne de 60,98 pour un minimum de 38,46 et un maximum de 74,56, ainsi l'échantillon variait entre des personnes faisant face à des situations plus ou moins grandes de précarité (Figure 9).

L'âge moyen était de 43,3 ans, pour un minimum de 25 ans et un maximum de 67 ans.

Les hommes étaient un peu plus représentés que les femmes.

La proportion de personnes migrantes et non migrante était comparable (Figure 10).

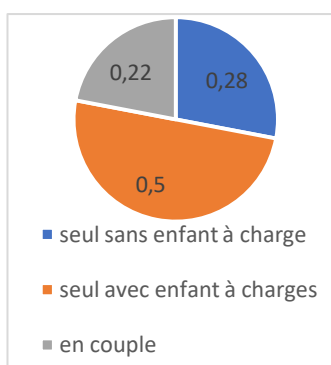


Figure 11 : La situation familiale

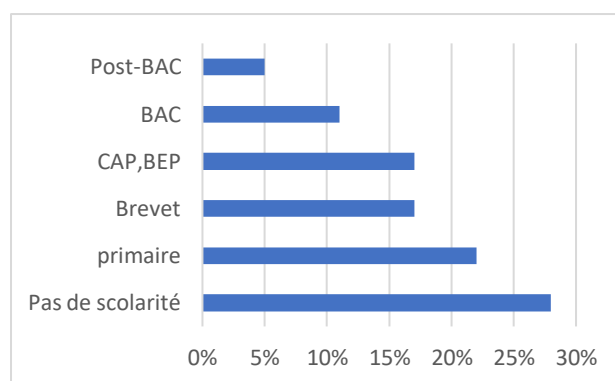


Figure 12 : Les études

Les personnes seules avec enfant à charge représentaient la majorité de l'échantillon (Figure 11).

Concernant les études, la majeure partie des personnes n'avait pas été scolarisée (Figure 12).

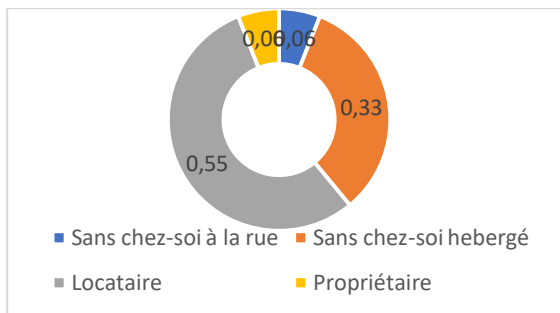


Figure 13 : Le logement

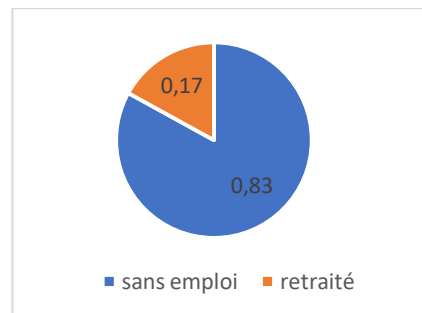


Figure 14 : L'emploi

L'échantillon regroupait environ un tiers de personnes sans chez-soi et la moitié de personne locataires de logements sociaux (Figure 13).

Vis-à-vis de l'emploi, 100% de l'échantillon était sans emploi ou à la retraite (Figure 14).

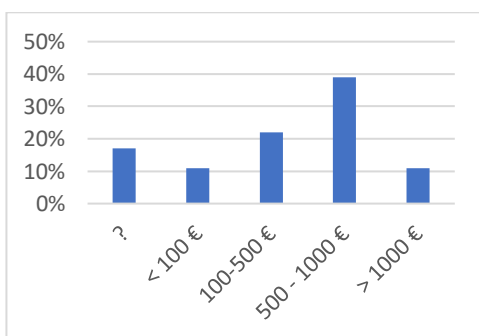


Figure 15 : Revenus mensuel

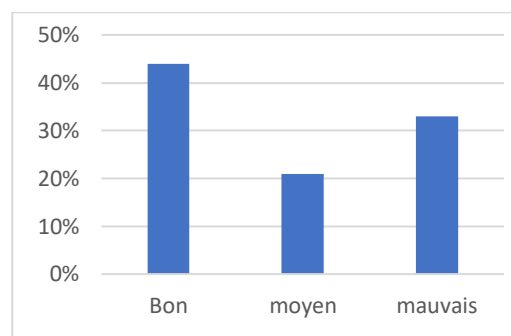


Figure 16 : Etat de santé déclaratif

100 % de la population vivait sous le seuil de pauvreté (1 041 euros par mois et par unité de consommation) (Figure 15).

De façon déclaratif, un peu moins de la moitié de la population se trouvait en bonne santé, et environ une personne sur trois en mauvaise santé (Figure 16).

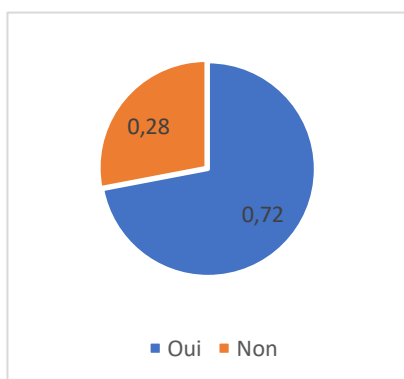


Figure 17 : Médecin traitant

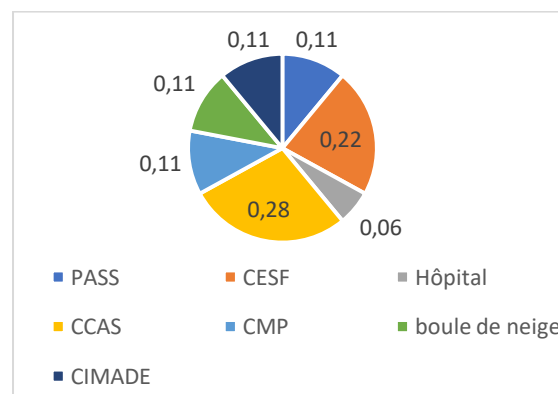


Figure 18 : Orientation

Une large majorité des personnes interrogées déclarait avoir un médecin traitant (Figure 17). A noter que les personnes n'ayant pas de médecin traitant étaient en grande partie (4/5) des personnes migrantes des Comores.

Les personnes étaient adressées par des structures variées, le CCAS et la CESF ont orienté un peu plus de personnes (Figure 18).

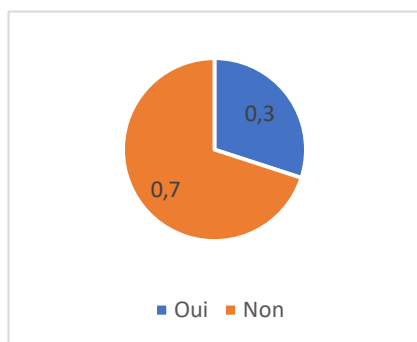


Figure 19 : Confiance du système

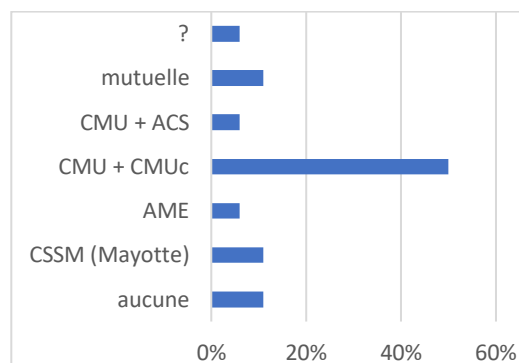


Figure 20 : Couverture Maladie

Une majorité de personnes déclarait ne pas avoir confiance dans le système de soins (Figure 19).

La majeure partie des personnes bénéficiait de droits effectifs à la sécurité sociale et d'une complémentaire santé (Figure 20).

III. Analyse qualitative

Nous proposons le schéma ci-dessous (Figure 21) comme modélisation des résultats de l'étude.

L'analyse se fera en six chapitres.

Nous développerons d'abord les points critiques relevés sur le parcours de soins.

Nous nous intéresserons ensuite aux conditions individuelles du recours aux soins. Nous détaillerons les notions de perception de son état de santé et du besoin de consulter, les influences de l'histoire antérieure, de sa situation médico-sociale et de sa représentation de la maladie. Sans oublier de mentionner les connaissances des acteurs et du système.

Ensuite nous aborderons la logique externe du système en analysant les barrières extérieures freinant l'accès aux soins, mais aussi les facilitateurs comme l'entourage social. En faisant ressortir le côté transversal des délais d'attente et d'une demande d'autonomie.

Nous poursuivrons par une focalisation sur la rencontre soignant-soigné, avec ses attentes, ses déterminants et les problèmes de communications.

Nous développerons dans une partie les spécificités auxquelles doivent faire face la population migrante.

Et nous finirons par relever quelques propositions de solutions émergeant des discours des personnes.

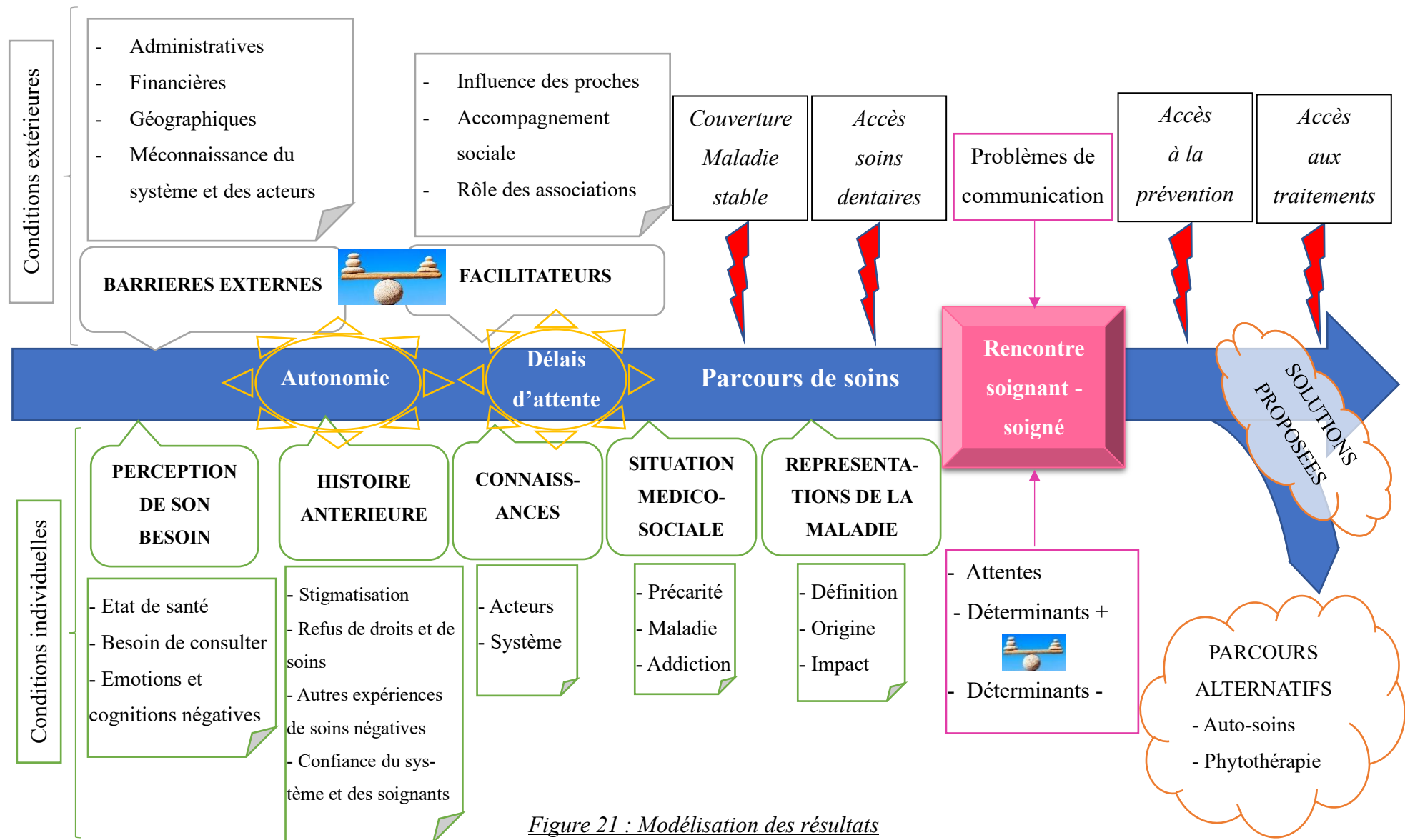


Figure 21 : Modélisation des résultats

1. Des points critiques sur le parcours de soins

Avant de développer les facteurs individuels et externes du renoncement aux soins, il était important de faire ressortir quatre points critiques concernant l'accès aux soins révélés par les personnes interrogées.

1.1. Accès à une couverture maladie stable

Nous avons eu plusieurs témoignages de personnes ayant des difficultés à conserver une sécurité sociale stable et étant ainsi **sans couverture maladie de façon épisodiques**.

La deuxième personne rencontrée avait une AME périmée non encore renouvelée.

P-2 : « Je suis partie à la pharmacie, mais mon dossier de sécu [AME] était périmé [...] Cela fait un an, oui. »

Les huitièmes et dix-huitièmes personnes n'avaient pas renouvelé leur CMUc.

P-8 : « Voilà, parce que là j'ai fait ma demande de CMU, mais elle est en retard. [Donc là actuellement vous n'avez pas de CMUc ?] A partir d'aujourd'hui non. »

P-18 : « L'année dernière je n'avais plus la CMU [...] pendant 3 mois [...] Ben j'étais malade, mais je n'avais plus les médicaments. [...] Non, je ne suis pas allé au docteur, je n'avais plus la CMU à jour. »

La onzième personne a dépassé le seuil de la CMUc et n'a pas pu prendre de mutuelle.

P-11 : « [vous n'aviez plus de sécurité sociale ?] Ben cela faisait 8 - 9 mois. Depuis octobre l'année dernière. »

1.2. Accès aux soins dentaires

Le besoin de soins dentaires ressortait des entretiens :

P-9 : « [Le dentiste] Mi accepte parce que moi l'a besoin. »

P-11 : « Dans le temps j'avais pas mal de problèmes aux dents. »

P-12 : « [Je] dois aller chez le dentiste pour refaire mes dents. »

Mais l'accès aux soins dentaires pouvait **être problématique** :

P-9 : « Parfois le dentiste ! -rires- C'est un petit peu difficile ça. C'est mon tracas quand mi part là-bas. »

P-10 : « Par exemple le dentiste. Ah ben j'ai arraché moi-même quatre dents. Il en restait plus

que quatre. »

P-12 : « [Le dentiste, pourquoi vous n'êtes pas allé le voir ?] Ben parce que c'est moi qui traine un peu là. Parce que je ne sais pas chez quel dentiste aller. Je demande et il faut que je me renseigne pour savoir avec la CMU, qu'est-ce qu'ils prennent en compte. »

La difficulté première ressentie était en termes **de délais de rendez-vous** :

P-8 : « Je ne dirais pas facile pour le dentiste, car pour le rendez-vous il faudra attendre. »

P-18 : « Oui, dentiste il faut prendre un rendez-vous. Si tu le prends aujourd'hui, peut-être que dans trois semaines tu vas gagner un rendez-vous. »

La notion d'éloignement **géographique** ressortait également :

P-10 : « Ha mais j'ai le temps de mourir avant d'arriver chez le dentiste, c'est trop loin. »

Ou encore l'aspect **relationnel** :

P-11 : « Il ne mettait pas les gens à l'aise. »

L'aspect **financier** pouvait être un frein :

P-12 : « Parce que je ne sais pas chez quel dentiste aller. Je demande et il faut que je me renseigne pour savoir avec la CMU, qu'est-ce qu'ils prennent en compte, qu'est-ce qu'ils ne prennent pas en compte, qu'est-ce que je vais devoir mettre de ma poche, pour refaire mon râtelier. Parce que le problème c'est que depuis que je suis arrivé là, je touche l'ASS. »

Une personne mentionnait le **stress** lié à l'acte du dentiste en lui-même :

P-9 : « Même quand il crie mon nom, ben là lé un peu difficile -rires- pour passer la porte. Quand moin l'a terminé, ben moin lé content. Soulagé. »

1.3. Accès à la prévention

La prévention par dépistages notamment, semblait être quasi absente du parcours de soins des personnes :

P-7 : « Non on ne m'a jamais proposé de dépistage. »

P-9 : « Non jamais fait d'autre dépistage. »

P-10 : « [Est-ce qu'on vous a déjà proposé de faire des vaccins et les dépistages pour les cancers ?] Jamais. [...] Non, ça il laisse tomber. »

P-12 : « Mais on ne m'a jamais proposé [les dépistages]. »

P-14 : « Personne ne m'a proposé des dépistages pour le moment. »

P-16 : « Personne, on ne m'a jamais proposé cela [les dépistages]. »

Une personne a soulevé cependant l'opportunité d'un dépistage lors du passage de remplaçants :

P-9 : « Le frottis, il y a à peu près 2 ans, avec le remplaçant du docteur X. »

1.4. Accès aux traitements pharmaceutiques

Enfin l'**accès aux traitements** s'avérait difficile

P-1 : « Oui c'était très difficile pour les médicaments. »

P-2 : « Juste la bagarre ça se passe à la pharmacie seulement [...] Alors j'ai laissé les médicaments. »

P-3 : « Pour les enfants malades on n'avait pas de médicaments, et moi-même aussi. »

P-8 : « Mais c'est pour les médicaments que c'est plus embêtant. [...] c'est la pharmacie qui pose problème. »

Cette difficulté d'accès semblait engendrer **une difficulté pour le reste du parcours** de soins :

P-2 : « [...] donc il vaut mieux rester à la maison. Parce que quand on se soigne il faut avoir le médicament. Mais si on allait à l'hôpital, on voit le médecin, il écrit, mais on ne donne pas les médicaments, cela n'a pas de sens pour moi, donc il vaut mieux que je reste. »

2. Les conditions individuelles du recours aux soins

Nous avons relevé dans les causes de renoncement des conditions liées à l'individu.

2.1. Entre perception d'un état de santé et besoin de consulter

Afin d'avoir recours à des soins, la première étape est d'avoir conscience de son besoin et de son état. Ainsi nous avons relevé les thématiques qui se rapportaient à ce processus.

2.1.1. Perception de son état de santé

La perception de l'état de santé était assez variable dans l'échantillon de population.

La santé était pointée comme **importante** par les personnes interrogées :

P-5 : « [...] pour être en bonne santé. C'est important pour ma santé. »

P-7 : « [...] c'est des trucs importants à ne pas rater. »

P-14 : « C'est la santé. C'est ça le plus important. »

La bonne santé semblait être vue comme une **capacité à la mobilité**.

P-1 : « Je suis en bonne santé parce que je n'ai pas de problème, je me sens bien chaque jour, je suis bien en forme [...], je vois que ma santé elle est bien. »

P-14 : « Ben par rapport à mon corps je me sens bien. Pour aller de là à là-bas, je monte je me sens bien. »

La santé pouvait être perçue au prisme de **la fréquence de ses consultations médicales** : « *Plutôt en bonne santé. Nous on ne va pas très souvent chez le médecin. » (P-8)*

Ou encore en **comparaison** aux autres : « *C'est que je connais des gens qui sont pire que moi. » (P-9)*

La santé comportait une part **fluctuante, d'incertitude, qui faisait relativiser sa perception** :

P-1 : « Je ne vois rien du tout aujourd'hui qui me dérange. »

P-8 : « Donc pour l'instant, je vois que tout va bien. Comme on dit en créole "roule comme ça". »

P-9 : « Parfois mi pense qu'aujourd'hui ou lé bon et demain ou lé pas bien. »

P-11 : « [...] et jusqu'à maintenant ça va. »

P-12 : « Pour le moment je touche du bois. »

P-18 : « Cela peut aller, mais un petit peu de tracas dans la tête et le moral pas top. J'ai peur de retomber comme avant. »

2.1.2. Perception de son besoin de consulter

Dans la population, la perception du besoin de consulter semblait tardive. Les raisons motivant finalement les consultations étaient variables.

Pour certains, la **douleur** était le signe qu'il fallait consulter :

P-8 : « Quand j'ai trop mal. »

P-9 : « Si j'ai des douleurs. »

P-10 : « Tant que cela ne fait pas mal, je n'y vais pas. Cela ne faisait pas mal. »

P-11 : « Il faut vraiment que j'ai mal. »

P-12 : « Mais tant que je n'ai pas de douleurs je n'y vais pas. »

Parfois, **des mesures objectives** pouvaient aller faire consulter :

P-1 : « Elle avait de la fièvre. Vous voyez la température, 38 ou 39. »

P-9 : « En cas [...] [de] fièvre. »

P-10 : « Si ma tension est normale, mi ça va pas voir, mais si ma tension est anormale, mi va voir à li. »

Pour beaucoup le besoin de consulter un soignant semblait arriver **en dernier recours**.

P-8 : « On va aller chez le médecin si vraiment ça ne va pas du tout. [...] Si cela empire, je vais consulter. »

P-10 : « Je suis obligé oui. Si tu bois pas, tu dois aller voir le médecin. Je préfère boire ça, y soulage. »

P-11 : « Bon ben, on ne peut pas faire autrement. Cela ne passe pas. [...] Sinon, pour y aller vraiment chez le docteur il faut vraiment que je me sente mal. Mais sinon non. [...] mais sinon, comme je dis j'ai quelque chose je n'y vais pas directement. »

P-16 : « Ben vraiment quand mi gagne pas respirer en fin de compte. »

Le besoin se ressentait parfois seulement si **une notion de gravité** était présente :

P-11 : « *Et puis bon... ben... il faut vraiment que j'ai quelque chose de grave, sinon...* »

P-18 : « *Ben si c'est pas trop grave, je n'y vais pas moi.* »

Certains disaient consulter quand ils étaient en **rupture de traitement** :

P-8 : « *[...] quand j'ai pas de médicaments.* »

P-9 : « *Ben quand ma l'a besoin de mes médicaments. Voilà oui, une fois par mois, mi ça va prendre mes médicaments chez le docteur.* »

P-14 : « *Alors moi c'est tous les mois, pour renouveler mon ordonnance.* »

P-16 : « *C'est vraiment parce que bon, je suis asthmatique, donc je vais prendre mes médicaments et les cachets pour les douleurs.* »

Le besoin souvent se faisait sentir **pour son enfant plutôt que pour soi**.

P-1 : « *Je crois que j'ai pas eu des difficultés pour ça. J'ai des difficultés à propos de ma vie. Pour ma fille [...]. Elle a souffert la misère car elle a pas d'os là. Elle a eu beaucoup de souffrances. C'est ça le problème.* »

P-7 : « *[...] ils sont prioritaires mes enfants.* »

P-8 : « *La dernière fois c'était la semaine dernière. Parce-que ma petite fille n'allait pas très bien. [...] Ben en ce moment il a des problèmes de langage mon petit garçon et il faut l'emmener chez l'orthophoniste [...] Ben chez SOS médecins, j'avais mon petit garçon qui était malade.* »

Enfin beaucoup de personnes ressentait le fait d'aller chez le docteur non pas comme un besoin mais comme **une obligation**.

P-6 : « *Mais c'est obligé d'y aller.* »

P-8 : « *On n'a pas envie, mais si c'est obligé, c'est obligé.* »

P-11 : « *Une fois par an c'est pratiquement obligé [...]. Mais à un moment j'ai été obligé d'y aller.* »

P-12 : « *Je vais devoir aller voir l'addictologue je sais pas quoi.* »

P-16 : « *Ben je n'avais pas le choix.* »

2.1.3. Emotions et cognitions négatives influençant la décision de recours

Nous avons ensuite identifié les différentes émotions négatives qui constituaient des freins au recours aux soins.

Au premier plan, les personnes mettaient en avant **la peur de décevoir le soignant ou d'être jugé** :

P-11 : « [Vous pensez qu'ils ont peur d'aller consulter ?] Voilà moi je pense que c'est ça oui, le regard du médecin. »

P-12 : « Parce que beaucoup de médecins aussi observent. Écoutent et observent, ils ne disent rien devant et cela me fait peur. »

P-15 : « Mi peux pas aller voir à elle, parce que moin la honte de moi [...] parce que c'est elle qui m'a envoyé à l'hôpital, mais je ne l'ai pas vu depuis. Elle a bien travaillé, elle a bien assumé, je veux pas la rabaisser. [...] Parce que mon docteur est bien, je veux pas que ça le touche après. [...] j'ai peur qu'elle me juge. Elle va dire que je suis fou. [...] Ben il va dire mais "pourquoi il dit ça, il abuse". »

P-16 : « Ben je n'étais pas satisfait, mais mi oses pas, mi dis pas. [...] Oui, d'un côté j'ai peur d'être jugé. »

Parfois, **l'angoisse de ce que l'on pourrait découvrir** pendant la consultation était très présente :

P-12 : « Oui tout à fait, mais j'appréhende un peu [...]. Et après il y a peut-être la peur de savoir que j'ai par exemple un cancer. [...] c'est quelque chose que je crains. Parce que je sais que psychologiquement cela va me mettre encore une chose en plus. Donc j'évite ça. »

P-15 : « [...] j'ai peur de sa réaction, qu'elle dise "il est fou" ou "il est ça". »

Une impression de **discordance entre le ressenti personnel et le discours médical** était également mentionnée :

P-2 : « Mais le médecin ne m'a pas donné d'accès car ils voient que je suis déjà guérie. Mais moi-même je vois que je ne vais pas bien, je peux marcher, mais pas travailler. Même si je veux manger quelque chose cela m'embête, donc ça me décourage de partir. »

P-16 : « Moin n'a un problème à ma jambe et à mon œil. Et les médecins en ce moment disent que "non, ça va". Et moi non je ne me sens pas bien dans ma peau. »

Une personne expliquait ne pas consulter car **avait peur de ses propres réactions** : « Et par rapport à ce que j'ai vécu, les gens m'ont fait du mal, et s'il va voir une affaire dans ma gorge, il va me faire mal, j'ai peur de ma réaction à moi. Donc je n'y vais pas, je préfère souffrir. [...] Mais s'ils vont me faire mal, je ne sais pas comment je vais réagir, violemment, je ne sais pas. » (P-18)

Plusieurs personnes ressentent un **découragement et une impuissance devant des barrières considérées comme insurmontables.**

P-1 : « Elle m'a dit qu'elle ne pourrait rien faire pour moi, rien. [...] je lui demande si j'aurais des aides. Pour elle, elle m'a répondu que non. C'était fini. »

P-2 : « Je n'ai pas de financement. Alors c'est ça qui me décourage un peu [...] moi-même je vois qu'il n'y a pas de sens d'aller à l'hôpital, donc il vaut mieux rester à la maison [...] c'est comme s'ils ne se donnent pas la peine de me faire un papier. Cela aussi ça me décourage. [...] même si j'ai de l'aide, je n'arrive pas à parler, donc au final je n'aurais pas. Et en plus je n'ai pas la capacité de dire aux autres de demander. [...] Même si je veux manger quelque chose cela m'embête, donc ça me décourage de partir. »

P-6 : « J'ai dit oui mais toujours ça passe comme ça et cela sert à rien. [...] Les démarches c'est trop compliqué c'est pour cela que je dis que je vais laisser, je ne veux pas. »

P-12 : « J'ai perdu tout ça en fait, j'ai tout perdu. »

2.2. Influence de son histoire antérieure dans la démarche d'aller-vers les soins.

La décision de recourir à des soins englobe la perception de son besoin que nous avons pu voir avant, mais se réfléchit aussi à la lumière de son expérience et son vécu.

2.2.1. Vécu de stigmatisations

Les personnes ont relaté des **discours stigmatisants et culpabilisants** vécus dans leur parcours qui les ont conduits à des renoncements :

P-1 : « Madame x elle m'a dit que je n'avais pas le droit d'avoir des soins ici parce que je n'ai pas de papiers et aucune ressource ici. Je dois aller à Mayotte [...], on m'a dit que je devais aller là-bas, parce que si je reste ici se sera compliqué pour moi [...]. Elle m'a dit aussi qu'une journée de l'hôpital ça paye 600€. Elle m'a dit ça, oui. Elle m'a dit il vaut mieux aller là-bas sinon tu n'auras pas de sous. »

P-7 : « Là où je vais non. Peut-être ailleurs ? Parce-que j'entends dire parfois ma voisine que leur médecin c'est pas trop ça. [...] ça même ! Au racisme ! Mais là où on va nous, c'est plus pour les mahorais et comoriens que créoles. »

P-15 : « Cela coûte trop cher à l'hôpital. La psychiatre elle dit à moi "tu sais combien ça coûte à l'hôpital toi ?" [...] Ils disent que je coûte trop cher à l'hôpital c'est pas normal [...] Ben il va

dire mais "pourquoi il dit ça, il abuse", la CMU il abuse de la caisse et compagnie. »

Ces **discours sociétaux stigmatisants** étaient parfois véhiculés par les personnes elles-mêmes : *« On les entend causer là dessous. Ce sont des gens cool, tranquilles, mais c'est l'alcool du matin au soir [...] Mais à mon avis, c'est quand il faut y aller, ils ne vont pas y aller [chez le médecin] [...] je ne pourrais pas dire que c'est un manque de moyens. Ils ont la CMU à fond de caisse ».* (P-11)

2.2.2. Refus de droits et de soins

De nombreuses personnes interrogées avaient vécu des **refus de droits et de soins** qui pourraient impacter leur recours aux soins futurs.

P-1 : « Oui, à l'hôpital, oui on m'a refusé. [...] Rien elle m'a dit que j'aurais pas les aides. Pour elle, elle m'a dit c'est bon, de sortir de l'hôpital. »

P-2 : « A la pharmacie ils ont refusé de me donner le médicament, il faut que je renouvelle [l'AME]. Mais tant que je n'ai pas de papier on ne peut pas renouveler ça encore. Alors j'ai laissé les médicaments [...]. En fait ma carte AME était terminée. Ils ont amené le dossier pour renouveler, mais ils ont refusé si je n'amène pas le titre de séjour, sinon ils ne renouvèlent pas ça. »

P-8 : « Cela arrive qu'on ait perdu notre carte vitale. La sécu nous dit, "ben le temps qu'ils refassent la carte vitale, je peux aller avec l'attestation vitale". Mais ils ne veulent pas ! [...] Mais c'est plus chez le médecin que cela est arrivé. [...] Je suis parti chez un remplaçant, j'étais obligé de payer. Il a pas voulu prendre l'attestation de la carte vitale. c'est la sécu qui m'a dit de prendre l'attestation car j'ai perdu ma carte vitale, mais ils ne veulent pas, parce que c'est plus de paperasse, il faut remplir et c'est plus de temps pour être remboursé. »

P-8 : « Et le dentiste l'a refusé [...]. Parce qu'elle avait mis une couronne c'était trop serré, mais ce n'était pas son travail à lui. Ce n'est pas lui qui l'avait fait. »

P-9 : « Non, à la pharmacie ils m'ont dit non. La carte vitale le dossier est pas encore arrivé avec zot, donc ils ne m'ont pas donné les médicaments. »

P-13 : « Moi j'ai demandé l'AAH pour mon pied mais ils ne veulent pas le donner [...]. J'ai un problème, mi gagne pas marcher du tout. »

P-15 : « Voilà, l'hôpital m'a rejeté donc le docteur va faire la même chose. »

2.2.3. Autres expériences de soins négatives

D'autres situations de soins avaient pu être vécues de façon négatives pas les personnes.

Deux personnes ont ainsi éprouvé un **manque de respect** de la part d'un **soignant** :

P-8 : « La manière dont le gynéco m'a parlé. Il ne m'a pas parlé délicatement. [...] Mais après il y a une manière de parler aux gens. »

P-12 : « D'ailleurs j'ai dû voir un médecin quand ils m'ont mis en garde à vue. Ils m'ont fait voir un docteur agréé par le tribunal. Et il n'a pas été gentil dans ce qu'il a mis. Il a dit que j'étais quelqu'un d'impulsif, quelqu'un de nerveux, quelqu'un qui avait des problèmes d'alcool. »

Ou encore un manque de respect de la part d'une **institution** :

P-15 : « Ben non parce que quand je suis sortie de l'hôpital à pied, ils m'ont renvoyé. [...] Mais à Saint Pierre je suis rentré pour l'alcool, à 1h je rentrais à pied, sans casquette sans rien. C'est quel hôpital ça qui te laisse rentrer à 1h du matin dans le fénôir. »

Enfin, des personnes avaient gardé en mémoire certaines **prises en charges difficiles**.

P-16 : « Il m'a fait mal. Après avec la secrétaire j'ai dit que je ne voulais plus ce kiné là. »

P-18 : « Quand mi va à mon docteur pour un problème, la dernière fois il donne à moin colchimax. Je l'ai pris, mais il a fait mal à moin, je suis rentré à l'hôpital, ils m'ont dit monsieur vous n'avez pas la goutte. Le médicament il a fait mal à moin deux fois plus. »

2.2.4. Confiance dans le système et dans les soignants

La confiance dans le système et dans les soignants du fait de son vécu rentrait également en jeu au moment de se décider à recourir à des soins.

La confiance dans le soignant jouait un rôle primordial dans la décision d'aller consulter chez une majorité des personnes :

P-1 : « Pour ma fille elle a des bons soins, a trouvé des bons docteurs, ils ont tous regardé bien comme il faut. »

P-8 : « Je ne pense pas aller à la PMI parce que j'ai déjà fait un lien avec mon médecin traitant. C'est plus facile pour moi de parler avec mon médecin traitant qu'avec le médecin de la PMI. »

P-9 : « Mon docteur il donne à moin toujours les bons médicaments. »

P-10 : « Ah oui, ils ont pris l'habitude. Mi aime à elle. »

P-11 : « Ben disons, on est malade, qui c'est en qui on a le plus confiance ? Le docteur, pas les amis, pas la famille, c'est le docteur ! »

P-12 : « Toute consultation avec mon médecin traitant que j'avais avant, cela a toujours été. C'est quelqu'un qui me mettait en confiance, qui me parlait beaucoup, qui me tutoyait, comment va ta femme, comment vont les enfants, comment ton travail il va. [...] Ah psychologue, psychiatre je n'ai pas confiance. »

P-14 : « Mais sans l'accord de mon médecin traitant je ne peux pas prendre n'importe quoi n'importe comment. »

P-15 : « Mais je suis suivi par mon docteur traitant au lieu d'un psychiatre, parce que le psychiatre il ne sait pas vraiment. Elle comme elle me connaît. »

P-16 : « Ah oui, [je consulte] moins souvent, je n'ai pas confiance. »

P-17 : « J'ai toujours eu un docteur, mais c'est pas tout le temps que je vais les voir. Il faut que j'aie confiance. »

La confiance était parfois pointée comme **professionnel-dépendant** :

P-7 : « Ben... Le gynéco et la sage-femme. [...] Ben avec eux c'est beaucoup mieux, [...] ils consultent, ils prennent le temps de regarder, de bien faire leur travail en fait. Mais avec le docteur, euh ... c'est pas trop ça. »

P-13 : « Oui, avant c'était madame x, elle, mais lui là j'ai pas confiance. Madame x je demande des choses elle m'amène, mais lui... »

P-18 : « Ben oui, j'ai perdu confiance [...] Ah non, lui il me connaît depuis que je suis petit. Il me connaît beaucoup. »

Des **expériences positives** étaient restées en mémoire, parfois même avec étonnement :

P-7 : « Ben avec eux c'est beaucoup mieux [...] Ils consultent, ils prennent le temps de regarder, de bien faire leur travail en fait. »

P-8 : « Chez SOS médecins, j'avais mon petit garçon qui était malade, il a eu la gastro, cela s'est très bien passé. [...] Et lui il a pu mettre mon petit garçon en confiance. Il a parlé, il s'est présenté, tout s'est très bien passé, j'étais même étonné. »

P-11 : « C'est ce que j'aime bien. J'ai été chez lui pour mon doigt, on ne pouvait pas coudre, c'était trop hachuré. Et deux jours après, il m'a rappelé pour vérifier, pour voir si les tendons n'étaient pas déchirés. »

P-16 : « Parce que j'étais dans une phase de divorce, le médecin m'a bien remonté le moral en fin de compte. »

Enfin, la **confiance dans le système** semblait être un préalable **obligatoire** et variait suivant les personnes :

P-2 : « C'est le système. Mais quand même ils nous aident. Ils ont le souci de ça. »

P-8 : « Ben il faut avoir confiance ! [...] c'est à eux de nous aider. Si, moi j'ai confiance moi. Après comme je dis, l'erreur est humaine ça arrive hein. [...] Non moi j'ai confiance, il faut avoir confiance au contraire. »

P-11 : « Oui entière confiance. »

P-12 : « Oui j'ai confiance mais il y a toujours une petite méfiance. [...] C'est des médecins qui soignent sans soigner quoi. [...] Ils peuvent trouver des excuses, des maladies qu'il n'y a pas vraiment. C'est le fait qu'on vienne le voir régulièrement pour le payer. [...] Non mais je resterais méfiant. »

P-14 : « Si c'est ton médecin traitant il faut avoir confiance en lui. »

P-18 : « Oui c'est comme la nouvelle mode que zot l'a fait. Les médicaments génériques ça c'est n'importe quoi. Prend des médicaments qui soignent bien. Mais si tu prends les génériques là il fait rien du tout et ça dure plus longtemps. [...] Ben non, mais ban na il fait exprès, il donne à ou les génériques. [...] Ben oui, j'ai perdu confiance. »

2.3. Des connaissances personnelles

2.3.1. Connaissances des acteurs



Figure 22: Nuage de mots sur les acteurs

(Réalisé à partir du nombre de personnes ayant mentionné le terme au moins une fois)

Un certain nombre d'acteurs de premiers recours étaient cités spontanément par les personnes, ils sont listés dans la Figure 22.

Une certaine connaissance des acteurs et de leurs possibilités semblait émerger :

P-3 : « Depuis le mois d'octobre, elle ne m'a rien dit. Je suis allé à la PASS, c'est là-bas qu'ils m'ont aidé. »

P-8 : « La PMI aussi on peut emmener les enfants. Euh ... l'hôpital si c'est vraiment grave, je ne vais pas me déplacer à l'hôpital pour une grippe. Euh ... après il y a les médecins spécialistes, les dentistes, pour les yeux et tout ça. »

2.3.2. Connaissances du système

Un niveau avancé de connaissances du système était relevé dans plusieurs entretiens. Cela concernait le **système administratif, l'offre de soins et l'organisation propre à chaque acteur** :

P-1 : « C'est pour ça que j'ai demandé qu'on me fasse un papier pour rester ici, [...] Ici il y a des spécialistes. Le chirurgien qui l'a opéré il est ici ! [...] Le chirurgien peut voir tout ce qu'elle a vécu, avec les spécialistes. Là-bas personne ne connaît. [...] J'étais passé à la PASS, on s'est rencontré avec l'assistante sociale, je lui ai tout raconté, on m'a demandé de remplir un dossier pour envoyer, pour une demande de titre de séjour pour rester ici pour enfant malade. [...] je suis allé voir toujours à la PASS, la madame x m'a orienté, on m'a orienté d'aller voir la PMI. »

P-2 : « Quand j'ai besoin d'aller aux urgences, sans soucis j'y vais. [...] Quand une personne est très malade, on n'a pas la capacité de la soigner à Mayotte, on l'envoie ici par EVASAN. Si ici encore ils voient que la maladie est toujours là et par rapport à leur capacité, on l'envoie en France. C'est le système. [...] La PASS, en fait là comme j'ai compris, ils disent qu'au niveau de la PASS ils ne peuvent pas intervenir au niveau de la préfecture. »

P-8 : « Il faut faire des photocopies, il faut aller au CCAS. Maintenant la sécurité sociale exige que ce soit le CCAS qui fasse les demandes de CMU. Il faut aller au CCAS, attendre, remplir. Le CCAS prend, mais le CCAS il ne va pas envoyer cela aujourd'hui, hein, il va attendre quand il en aura quarante, cinquante papiers et là il va déposer à la sécu. Donc je vous dis dans deux mois à peu près. J'ai une chance peut être dans un mois et demi. »

P-8 : « [...] Donc là, je lui ai dit de faire une ordonnance, je lui ai demandé si c'est possible de

mettre un petit mot, car il n'y a pas de place chez l'orthophoniste. »

P-8 : « Non, parce qu'avec l'attestation de la carte vitale, euh ... il faut faire les papiers à la main, les envoyer à la sécu, et c'est plus long. Ils prennent plus de temps à être remboursé. »

P-8 : « Non, parce que je suis au laboratoire de Saint Louis. Donc il n'y a pas beaucoup de monde. On vient le matin et on a les résultats vite fait. »

P-8 : « Chez un spécialiste si on n'a pas d'ordonnance, une lettre, il faudra payer déjà. Chez tous les spécialistes il faudra une ordonnance et une lettre. »

P-9 : « Surtout que quand on arrive dans son cabinet, mi espère mon tour. Il consulte à moïn, lu marque les médicaments qu'il faut pour moi et après mi prend à la pharmacie et mi reviens chez moi après. [...] Ben il y a longtemps là, on allait voir n'importe quel docteur. Mais là mi choisi un seul docteur, il faut que je parte chez lui, parce que les autres ils prennent pas du tout. »

P-9 : « Il faut que mi ça va sur place pour gagne le rendez-vous, parfois par téléphone ils ne prennent pas du tout. »

P-18 : « Oui, dentiste il faut prendre un rendez-vous. Si tu le prends aujourd'hui, peut-être que dans trois semaines tu vas gagner un rendez-vous. »

P-18 : « Quand là-bas il est en congés, celle-là il passe, et si là-bas aussi lé en congés, ben il fait comme un rond qui tourne. »

2.4. Des barrières liées à sa situation médico-sociale

La situation personnelle médico-sociale jouait sur un possible renoncement par plusieurs aspects.

2.4.1. Liées à la précarité

Dans les discours, ce qui revenait le plus souvent était **la charge mentale importante, la préoccupation :**

P-9 : « Beaucoup de réflexions à réfléchir, de pensées. »

P-12 : « [...] donc du coup tout ça dans ma tête ça... [...] Donc c'est un tout qui fait que dans ma tête voilà... c'était compliqué. [...]. Ben il y a tout ça qui reste encore en tête. Je pense encore à ça [...] Parce que je sais que psychologiquement cela va me mettre encore une chose en plus [...] beaucoup pensif, du tracas. »

P-13 : « Si je ne bois pas, je ne dors pas. Il faut que je marche toute la soirée. [...] Moi je bois

l'alcool parce que cela m'apaise. Quand mi bois l'alcool mi oublie tout. »

P-18 : « [...] mais un petit peu de tracas dans la tête et le moral pas top. »

Ce qui pouvait provoquer **des oublis de rendez-vous ou de l'échange** pendant la consultation, ce qui interférait dans le parcours de soins :

P-1 : « [...] mais j'ai oublié. »

P-10 : « [...] le reste moin l'a oublié. »

P-13 : « Mais moi j'oublie que j'ai avalé un Valium. »

P-17 : « Je ne sais pas, il parle aujourd'hui et demain matin j'ai oublié. Même il peut donner à moin un rendez-vous là, il faut le marquer à moin sinon j'ai oublié. Parce que dans ma tête il y a un passage à vide que mi arrive pas à comprendre. »

Les personnes mentionnaient une **urgence à subvenir à d'autres besoins** du quotidien avant la santé :

P-1 : « Vous voyez tout ça s'est compliqué, pour manger aussi. »

P-4 : « Je n'ai pas encore vu le docteur ici, je suis très occupé. [...] [Je dois] Construire cette maison. [...] parce que c'est obligé d'avoir une maison. »

P-12 : « Donc c'est une question d'avoir un peu des aides, d'avoir un soutien moral, et d'avoir de l'aide pour me faciliter à me trouver un logement une habitation. [...] Déjà que je viens d'arriver, je suis SDF, je suis en difficultés, j'essaye de m'en sortir, j'ai droit qu'à 40 euros par semaine pour vivre, avec 40 euros je ne vais pas loin, parce qu'il faut survivre. »

P-13 : « Non je suis SDF [...] Dans une voiture sur la route [...] J'ai besoin d'avoir une maison, d'être tranquille. La maison d'abord, après la santé. Parce que mi gagne aller chez le docteur, mais mi dors sur la route. Ben comment mi fait. »

Une personne a mentionné un renoncement **par peur de déstabiliser les autres domaines de la vie** : « Ben oui c'est ça, les démarches c'est trop compliqué c'est pour cela que je dis que je vais laisser, je ne veux pas. Même ma sœur m'a dit, hey reste là, tu gagnes 650 avec ta fille, tu payes le loyer, l'électricité, l'eau, tu gagnes des choses à manger, laisse ! » (P-6)

Une **dévalorisation** et une **déconsidération** dans l'échelle sociale ressortaient de certains discours :

P-1 : « On est pas pareil comme tous, on est différent. Oui c'est comme ça. »

P-10 : « Je ne demande pas, car j'ai honte, je préfère faire les choses tout seul. »

P-12 : « Parce que le problème c'est que depuis que je suis arrivé là, je touche l'ASS. [...] Comme j'ai travaillé pendant des années, c'est l'ASS. Après ce sera, euh... ben je sais pas... mais je ne compte pas arriver plus bas que ça. [...] Ce qui est traumatisant, parce que là je suis comme un SDF. »

Dans le **rapport au corps**, certaines personnes décrivaient ne pas prendre en compte des petits signes d'alerte : « Et puis après quand je suis revenu ici, une petite douleur je faisais pas attention » (P-11). Une situation nous a fait écho à l'**anesthésie corporelle** décrite par Furtos : « Mi sens plus. Maintenant mi ressens plus » (P-15).

La précarité marquée par l'incertitude était rapportée à **travers l'angoisse d'un futur incertain** :

P-1 : « Mais jusqu'à maintenant comme elle est, ça donne pas confiance, parce qu'elle est vraiment fragile. Je sais pas comment elle va faire [...] Vous voyez tout ça s'est compliqué, pour manger aussi. Comment je pourrais aller là-bas avec une petite malade. On va faire quoi ? »

P-2 : « Mais c'est toujours une petite chose qui me trouble c'est ça, comment je vais être guérit tant que je ne suis pas suivie. »

Des évènements de vie brutaux avaient souvent été à l'origine d'une **rupture avec l'état antérieur** :

P-12 : « [...] parce qu'il y a tout qui m'est arrivé derrière. Donc séparation et licenciement. Cela m'a changé totalement mais complètement tout tout tout. Mode de vie, déjà c'est le plus important, c'est le mode de vie que j'avais avant. J'ai perdu tout ça en fait, j'ai tout perdu. [...] Mon frère a été assassiné en métropole. [...] Je ne vois même plus mes enfants, je n'ai plus de nouvelles depuis [...]. Et le fait d'être arrivé là, de faire confiance à mon papa, et qu'il me mette dehors après. [...] Tout ça qui est arrivé l'un derrière l'autre, ça fait beaucoup. »

P-13 : « Ben j'avais du travail, j'étais à l'armée. Après j'ai gagné les assédic. Après j'ai travaillé là en haut. Mais depuis 2010 à cause de ma jambe je ne peux plus. J'ai un problème, des soucis, avec mes frères on ne parle pas ensemble. »

P-15 : « [...] après il s'est passé quelque chose dans la famille et j'ai rechuté. »

La précarité par rapport à l'**emploi** était mentionnée, parfois en lien avec ces ruptures :
P-6 : « Non ce n'est pas ce qui m'empêche, mais le problème pour trouver du travail c'est

difficile. [...] j'ai fait tous les moyens, même à pôle emploi [...] Mais là-bas ils disent tu peux pas gagner le travail tout de suite, mais on fait la démarche. Moi je vois c'est difficile de trouver le travail comme ça. »

P-12 : « [...] il y a eu licenciement économique. J'ai perdu mon emploi. »

Une **minimisation** des difficultés semblait ressortir des discours avec l'utilisation d'euphémismes notamment sept fois le terme « *un peu difficile* » ou « *pas trop difficile* » dans un même entretien (P-6) ou encore :

P-6 : « Mais ça va quand même [...] même un petit peu mais je comprends [...] Mais ça va. »

P-7 : « [...] mais ça va [...] Je ne dirais pas important, peut-être important mais c'est pas trop grave [...] Ils disent "rentre out pays !". Mais c'est pas un soucis. »

P-8 : « J'ai eu un peu de soucis, voilà. »

P-9 : « Oui voilà voilà -rires- lé pas facile parfois. [...] pas trop trop compliqué [...] ben voilà c'est un peu difficile. Pas beaucoup, seulement un petit peu, très peu. [...] C'est un petit peu difficile, fait un petit peu peur [...]. Un petit peu difficile [...]. C'est un petit peu difficile pour prendre un rendez-vous. »

P-11 : « Oui, si un petit problème [...] Pour moi je me dis bof c'est peut-être rien, demain cela va passer. »

Le thème de la **mobilité géographique** était également abordé comme une difficulté :

P-4 : « J'étais à Saint Denis, j'ai vécu quelques mois, après je suis venu ici. Et puis je reste ici jusqu'à ... »

P-12 : « Comme je suis un petit peu à droite, à gauche dehors. [...] Et arrivé ici je n'ai jamais choisi de médecin traitant encore. Je n'ai pas consulté un médecin encore [...] Là-bas en métropole j'avais mon médecin traitant, donc j'avais des suivis régulièrement. »

2.4.2. Liées à la maladie

Parfois, la maladie était vécue comme une **difficulté physique à se mobiliser** pour aller consulter :

P-6 : « Après quand je marche sur la route parfois, la voiture qui vient je fais comme ça... Vaut mieux que je passe dans le coin. »

P-13 : « C'est dur pour aller chez le médecin avec ma jambe, il me faut des béquilles. »

P-14 : « Oui, et parfois je peux pas marcher, parce que mon pied là... et parfois pour aller à la

pharmacie... »

P-16 : « [les autres choses difficiles pour aller chez le docteur ?] Ben si vraiment mi marche pas. Il y a 3 jours de cela je ne pouvais pas marcher. J'ai pris sur moi, je me suis forcé, mais c'était compliqué. »

D'autres mentionnaient une difficulté d'autonomie liée à une **pathologie psychiatrique** :

P-9 : « Mi gagne plus traverser la route [...] moin l'a peur mi reste au milieu de la route et mi gagne plus arriver devant là-bas. [...] Si la route est courte lé bon, mais si lé trop large mi arrive pas du tout [...] quand moin a été pris de vertiges là. Ben moin gagne plus partir aux séances. »

P-17 : « Ben c'est difficile, parce que parfois tout ce que je ressens là-dedans, il faudrait ... comment dire ça ... mettre une caméra à l'intérieur pour voir ce qu'il se passe [...]. J'ai toujours eu un docteur, mais c'est pas tout le temps que je vais les voir. Il faut que j'aie confiance, parfois la peur de rentrer. Je ne sais pas pourquoi. Mais la peur m'envahit plus que la maladie en fin de compte. »

2.4.3. Liée à une addiction

Une personne nous expliquait pendant l'entretien avoir du mal à trouver **des moments pour consulter le médecin sans être sous l'emprise de l'alcool** : « Quand je vais chez le docteur, parfois je suis saoul, et il me dit allez désaouler et après revenez. » (P-13)

Cette **mention d'une addiction** revenait régulièrement dans les entretiens :

P-11 : « moi c'était tous les jours si on veut. A un moment donné j'ai réfléchi, j'ai dit ôté ! C'est pas que mi veut plus boire mais ça coûte trop cher. »

P-12 : « [...] en rapport à l'addiction à l'alcool [...]. Puis après à un moment ou à un autre je me suis mis un peu à boire, je me suis mis à fumer. J'ai fumé des joints, voilà. Et j'ai tout laissé, tout laissé. »

P-13 : « [...] je bois l'alcool, ça me tue. »

P-14 : « Oui oui beaucoup l'alcool par contre. »

P-15 : « En mauvaise santé, parce que je prends l'alcool aussi [...] Et c'est pour ça que je suis tombé dans l'alcool après. »

2.5. Représentations de la maladie

Les représentations de la maladie jouaient un rôle à la fois en amont de la consultation, lors de l'émergence du besoin mais aussi pendant la consultation et dans la relation au soignant qui est le lieu de rencontre de deux savoirs, le savoir médical du soignant et le savoir profane de la personne.

2.5.1. Définition de la maladie

La maladie était vue dans **sa globalité avec des composantes psychologiques et physiques** :

P-8 : « Euh... il y a la maladie la grippe, maladie du corps. Et je dirais la maladie psychologique aussi. [...] Être malade c'est ne pas se sentir bien dans son corps, dans sa tête. [...] je ne me sens pas malade, quand tout va bien. »

P-12 : « Après on peut se sentir malade quand on a des douleurs. Et après le fait de pas être bien psychologiquement, ça ça fait partie de la maladie. [...] tout ça fait partie des problèmes maladies, pour moi c'est tout une enveloppe. »

P-16 : « [...] bien moralement et physiquement. »

Elle était vécue comme un **moment hors de la norme** :

P-1 : « Si je ne suis pas malade, je me porte bien [...] je me suis senti pas normal. »

P-8 : « Quand je me sens pas bien, je suis pas à l'aise, j'ai pas la voix normale. »

P-9 : « [Quand je suis malade, je ne suis] Pas du tout en bonne santé. »

Elle pouvait être mise en lumière **par des sensations** :

P-1 : « Si je me sens pas propre [...] je me suis senti pas normal. »

P-2 : « Je sens vraiment que je suis malade. »

P-6 : « Je me sens faible. Quand je me sens faible alors là je vois que je suis malade. Ou bien j'ai mal tel ou tel endroit comme ça [...] j'ai mal de respirer, ou bien aussi quand je monte les escaliers ça me fait mal dans la poitrine. »

P-8 : « Être malade c'est ne pas se sentir bien [...] douleur aussi. [...] Pour moi la maladie c'est la souffrance. »

P-9 : « Ben des douleurs partout dans le corps, c'est ça. »

P-11 : « Ressentir la fatigue assez souvent. »

P-12 : « Après on peut se sentir malade quand on a des douleurs. [...] c'est ce que je ressens. »

P-14 : « [...] au niveau de la goutte c'est les douleurs, ça fait très mal. »

P-18 : « D'abord c'est la douleur déjà. »

Pour certains la maladie était définie **par ses traitements** :

P-12 : « pas besoin de prendre de traitement, donc on ne se sent pas malade. [...] La maladie des mineurs, des bouteilles d'oxygène. »

P-14 : « Ah ben pour la médecine j'ai ça, le zyloric, puis ces deux-là pour la tension. Et ça le stagid c'est pour le diabète. »

Une personne définissait la maladie **par sa gravité**, seules des maladies graves étaient considérées comme maladies : « Être malade, c'est avoir un cancer, une tumeur ou un truc comme ça » (P-14).

Le principe **d'égalité devant la maladie** a été relevé par un participant, ce qui permettait de le conforter dans une appartenance à la communauté au sens large : « Parce que je suis un humain, tous les trucs qui vivent sur la terre gagne maladie, gagne la force. Je suis comme ça, comme les autres » (P-6)

2.5.2. Origine de la maladie



Figure 23 : Nuage de mots sur l'origine de la maladie

(Réalisé à partir du nombre de personnes ayant mentionné le terme au moins une fois)

Plusieurs notions d'origines différentes de la maladie étaient citées par les personnes, elles sont listées dans la Figure 23.

La maladie était principalement vue comme conséquence d'un **comportement** :

P-3 : « *La maladie ça arrive par les actes que vous avez faits. C'est comme ça que la maladie rentre dans le corps. »*

P-8 : « *« Il faut vous résigner, votre enfant ne va pas être viable » [...] On se demande, ben peut être qu'on a fait quelque chose. »*

P-11 : « *Sinon, ben je fais pas vraiment, je ne vais pas faire des choses qui nuisent à la santé déjà. »*

P-12 : « *Maladie ? [...] problème d'alcool, problème de drogue, ça peut être ça. »*

P-16 : « *Comment y arrive, ben c'est par rapport à nous en fin de compte. [...] On cherche un peu la maladie en fin de compte. »*

Plus précisément le comportement alimentaire et l'**alimentation** avaient tendance à rendre malade :

P-12 : « *Après, la maladie [...] cela peut être la nourriture, le diabète, le sucre. »*

P-14 : « *C'est un truc qu'on mange, l'alcool, les épices, c'est ça qui rend malade. [...] Sinon il faut manger bio. Si on mange pas, on va tomber malade, si on mange on va tomber malade. Ces produits qu'on mange ça provoque la maladie. C'est la nourriture, les ingrédients [...] ces produits chimiques et tout, c'est ça qu'on mange. »*

P-16 : « *C'est ce que l'on mange, on boit. »*

Ensuite, beaucoup de personnes ont rapporté le **rôle des pensées négatives et de la charge mentale** qui incombe à la situation de précarité :

P-2 : « *Je pense que la maladie ça vient quand on pense trop, et dans ma vie quotidienne. Quand je pense trop, je deviens malade. »*

P-4 : « *Je tombe malade [...] quand je pense beaucoup. »*

P-5 : « *[...] quand tu penses beaucoup, que tu n'as pas de solution, cela rend malade. »*

P-9 : « *[quand je vous dis "maladie" ?] Beaucoup de réflexions à réfléchir, de pensées. [...] Les douleurs, et beaucoup de réflexion à imaginer. »*

P-13 : « *[quand je vous dis "maladie" ?] Ben à cause [...] des tracas. »*

P-17 : « *La personne est malade si elle a [...] des choses qu'elle n'arrive pas à enlever de son esprit, même de son imagination. »*

Le vécu d'un **traumatisme** pouvait faire le lit de la maladie :

P-15 : « *Ben être malade c'est ... parce que j'ai été violé, mais j'en ai pas parlé jusqu'à 2001. »*

P-17 : « [...] la personne est malade si elle a subi ou vu des choses. »

Un **accident** pouvait également engendrer la maladie :

P-1 : « La dernière fois que j'ai été malade, j'ai fait un accident. »

P-6 : « [...] non mais c'est l'huile chaude, j'avais 17 ans. »

P-11 : « je n'ai jamais été trop malade [...] sauf quand je suis tombé d'un pied de letchis. [...] Ou bien je vais chez le docteur pour un accident. »

Le **travail** était également pointé :

P-1 : « Je me suis senti malade [...] j'étais en train de travailler. »

P-4 : « La grippe c'est, quand il y a beaucoup de poussières avec le ciment, tu vois. Même les carreaux que je coupe. »

P-5 : « Quand tu travailles dans le soleil [...] cela rend malade. »

P-9 : « [...] et puis beaucoup de travail pendant longtemps, et les douleurs arrivent après. »

P-12 : « Après la maladie [...] cela peut être une personne qui travaille dans des lieux je dirais avec des produits dangereux. »

Ensuite, l'**environnement** avait un rôle de catalyseur externe de la maladie :

P-1 : « Je me suis senti malade à propos du soleil [...] il y a beaucoup de poussière. »

P-9 : « Je tousse beaucoup quand il fait froid. »

P-14 : « [...] ça provoque la maladie [...] ces produits chimiques et tout [...] et qu'on respire aussi ! »

P-16 : « [autres choses qui pourraient expliquer la maladie ?] L'environnement, l'air que nous respirons. Et ça c'est le premier élément, c'est l'air que nous respirons [...] avec la poussière. »

Différentes **périodes de la vie** pouvaient être plus propices à la maladie telles que la vieillesse et la grossesse :

P-8 : « Et après c'est plutôt dû à ma grossesse. »

P-9 : « Ben peut être un petit peu la vieillesse. »

P-11 : « [...] cela serait plus avec la vieillesse. »

Trois notions semblaient se recouper celles de

- **fatalité** : P-8 : « le corps est comme ça, le corps est très fragile. »

P-10 : « C'est l'heure pour tomber malade. »

P-11 : « *J'ai eu de la chance, je touche du bois.* »

P-12 : « *Après moi je prends la vie comme elle est.* »

- volonté **divine** : P-6 : « *Je suis malade c'est à cause d'Allah, qui m'a donné...* »
- maladie **innée** : P-18 : « *Des fois c'est de naissance.* »

Enfin, la maladie était vue pour une personne comme la conséquence d'un manque **d'hygiène** : « *Je me sens pas propre, sale [...] Parce que vous voyez là-bas il y a pas de l'eau potable.* » (P-1)

Cette même personne étant la seule à évoquer l'implication de **microbes** pour transmettre la maladie : « *je vais être malade, car il y a des microbes* ».

2.5.3. Impact de la maladie

L'impact majeur de la maladie était **l'immobilisation** qui en découlait et ses conséquences dans la vie quotidienne, notamment sur les **besoins vitaux** ou la **capacité à travailler** :

P-2 : « *Mais moi-même je vois que je ne vais pas bien, je peux marcher, mais pas travailler.* »

P-8 : « *Quand je suis malade je ne sors pas.* »

P-9 : « *[Je me sens malade] Dans la journée. Plus que le soir.* »

P-11 : « *[Je n'aime pas être malade] quand cela m'empêche de faire ce que je veux, si je veux manger [...] sortir. [...] Incapacité à travailler.* »

La notion de **modification des humeurs** était présente :

P-8 : « *[Quand je suis malade, je suis] Très, très... agacée.* »

P-11 : « *[Quand je suis malade je suis très] triste.* »

P-12 : « *[Pour vous être malade ?] [...] on peut baisser les bras, ne plus avoir envie de rien faire.* »

P-16 : « *[Quand je suis malade...] Moin lé pas de bonne humeur, mi veux pas répondre au téléphone.* »

Une personne a mentionné la maladie comme facteur d'isolement, en posant des **problèmes relationnels** : « *Cela peut poser des difficultés dans la vie, relations amicales, aussi bien que relations professionnelles* » (P-12).

3. Parcours de soins, obstacles et facilitateurs externes.

En plus des facteurs liés à la condition individuelle, certains déterminants du recours aux soins étaient considérés comme extérieurs à l'individu.

3.1. Une autonomie dans les soins revendiquée

Plusieurs personnes ont affirmé leur **besoin d'autonomie** dans les soins :

P-10 : « Ah oui je préfère faire tout seul. »

P-11 : « [...] pour moi mes problèmes, euh..., j'essaye de les résoudre moi-même. [...] Et puis à un moment donné, j'ai dit ben écoute ça va, je crois que je vais m'en occuper, je peux bouger. [...] J'aime bien avoir une discussion pour voir où on va. »

P-12 : « [...] je demanderai à personne, je ne demande rien. [...] j'ai refusé des soins. [...] Parce que je ne vois pas l'intérêt de déplacer une infirmière si je peux moi-même le faire. »

Elles semblaient avoir l'impression par moments **que les décisions ne leurs revenaient pas** dans le parcours de soin :

P-1 : « On est allé à l'hôpital, on a vu le docteur qui disait qu'on transfère pour aller à La Réunion. [...] On m'a envoyé juste à La Réunion. »

P-2 : « On m'avait renvoyé [...] on m'a fait revenir ici [par EVASAN] [...] à ce moment-là c'est eux qui ont commencé la démarche [...] on m'a retourné à La Réunion. »

P-6 : « [...] mais c'est le docteur qui m'a envoyé là-bas [...] On m'a dit attend, on va faire une commission on va regarder si tel, tel tel... [...] C'est elle qui va envoyer là-bas. »

P-8 : « Maintenant c'est le CCAS qui fait tout. [...] On ne peut pas de nous-même partir. Il faut que ce soit le médecin qui nous envoie. »

P-12 : « Et en plus j'ai été mis sous une curatelle, curatelle renforcée par-dessus le marché. »

3.2. Le problème des délais d'attente

De façon transversale, nous avons retrouvé à tous les points clés du parcours des **délais d'attente**, qui s'avéraient être un frein à l'accès aux soins.

Ils se traduisaient en termes d'**attente d'une décision** :

P-2 : « [...] mais ils ont dit de patienter, d'attendre. Je suis là à patienter mais jusqu'à

maintenant on a pas eu de réponse. »

P-6 : « On m'a dit attend, on va faire une commission. »

P-13 : « Oui, je suis sur liste d'attente, mais lé dure quand même. »

En attente d'un rendez-vous :

P-7 : « Du coup si je vais le matin au lieu de partir de là à 12h je suis encore là à 14h. »

P-8 : « Si l'orthophoniste me dit dans 1 an, dans 6 mois, ben je dois attendre. [...] il faut attendre. Si avant moi il y a 5-6 personnes, je dois attendre [...] [les difficultés] Parfois c'est l'attente. »

P-9 : « Ben pas facile [d'y aller]. Surtout que quand on arrive dans son cabinet, mi espère mon tour. »

P-14 : « J'ai appelé pour le rendez-vous mais il y a tellement de monde que j'attends. »

P-18 : « Ah oui c'est comme vendredi dernier, je suis tombé sur la tête, je ne suis pas allé voir le docteur. [Pourquoi ?] Il y avait trop de monde, mi attend pas moi. Mais ça fait mal quand même. [...] Ah ben je suis arrivé vers 7h30- 8h00 il y avait déjà au moins quarante personnes. »

Ou encore en délais administratif pour l'ouverture d'un droit :

P-2 : « [...] ils ont envoyé le dossier. [...] Cela fait trois mois, au mois de Mai. »

P-3 : « Alors je suis allé à la sécurité sociale. Depuis le mois d'octobre, elle ne m'a rien dit. »

P-6 : « Même on est en train de faire le dossier MDPH. On a commencé, après ça fait quelques mois on a envoyé à Saint Paul. [...] Depuis j'attends jusqu'à maintenant. [...] J'ai donné aussi un grand papier comme ça, avec les demandes à remplir. [...] J'attends six mois, il se passe sept mois. »

P-8 : « J'ai fait ma demande de CMU, mais elle est en retard. [...] Le temps d'envoyer à saint pierre, saint pierre envoi à saint Louis pour être traité. Donc je pense dans deux mois avec une chance dans un mois et demi. »

P-9 : « Cela prend un bon bout de temps pour envoyer la réponse à la personne. [...] Oui la dernière fois, j'étais un peu ennuyé, moin l'a fait mon dossier de CMU au mois de juin. Je n'avais pas encore de réponse en août. »

Le délai en termes de soins optiques a été spécifiquement pointé :

P-8 : « Parfois c'est l'attente. Comme à Saint Louis, on a que deux ophtalmos, deux. »

P-9 : « Ben oui, pour prendre un rendez-vous surtout pour les yeux. C'est un petit peu difficile. »

P-11 : « Là ce que j'attends le plus c'est les yeux. »

A l'inverse, la **rapidité d'accès à des examens ou des traitements** était pointée comme facilitatrice : « *[C'est compliqué avec le laboratoire ?] Non, parce que je suis au laboratoire de Saint Louis. Donc il n'y a pas beaucoup de monde. On vient le matin et on a les résultats vite fait.* » (P-8). « *Mi va le matin et le soir moi l'a mes médicaments à prendre.* » (P-9).

3.3. Un parcours jalonné de barrières externes

3.3.1. Financières

La première barrière externe pointée par les personnes était la barrière financière.

Soit par une impossibilité **d'avance de frais** :

P-1 : « *Parce qu'ici si vous allez voir un docteur, un médecin, un infirmier, il faut qu'on paye trente euros [...]. Parce que je n'ai pas de sous.* »

P-2 : « *Ça me décourage un peu parce que quand je vais, on me demande de l'argent, et je n'en ai pas. Je n'ai pas de financement.* »

P-8 : « *Si ce mois-ci c'est un peu plus dur pour moi, je ne vais pas y aller quoi. Ben non, si je vais chez le médecin et que je dois payer, je vais chez le pharmacien je dois payer, ben ... Si j'ai un problème grave, je me suis cassé le bras, il faut cent euros, même plus...* »

Soit par un **reste à charge** trop grand ou inconnu :

P-9 : « *C'est le médicament pour les yeux qu'ils voulaient me faire payer donc je ne l'ai pas pris, jusqu'à ce que mon dossier soit bon.* »

P-10 : « *[problèmes d'accès aux soins et aux médicaments ?] [...] enfin des fois on me demande une petite participation.* »

P-12 : « *[pourquoi vous n'êtes pas allé le voir ?] [...] Parce que je ne sais pas ce que je vais devoir mettre de ma poche, pour refaire mon râtelier.* »

Soit pour un soin en **dehors du panier de soins** :

P-8 : « *Un kiné. Mais sans ordonnance je ne peux pas aller chez le kiné ! Parce que on va me faire une séance ostéopathe mais il faut payer parce que ce n'est pas reconnu par la sécu [...] L'ostéopathe c'est bien pour les enfants et pour nous, mais c'est cher.* »

Ou encore une **méconnaissance du remboursement** :

P-12 : « *Il faut que je me renseigne pour savoir avec la CMU, qu'est-ce qu'ils prennent en compte, qu'est-ce qu'ils ne prennent pas en compte. [...] Oui il y a cela, je ne connais pas ce qui peut être remboursé.* »

Les **frais de transport** pouvaient être également un frein :

P-4 : « *En bus, mais faut payer. [...] parfois c'est difficile de payer.* »

Une personne a mis en lumière à travers sa situation **l'effet seuil** de la CMUc :

P-11 : « *Ah non mais j'ai plus le droit de CMU par rapport à la retraite. Pour eux je touche trop [...] j'ai essayé de renouveler. Mais comme j'ai reçu le papier que je touchais trop et qu'il fallait me préparer à prendre une mutuelle et passer par l'ACS.* »

3.3.2. Administratives

De nombreux freins externes étaient dues à une difficulté administrative. En premier lieu la difficulté à **renouveler son titre de sécurité sociale** :

P-2 : « *Je suis partie à la pharmacie, mais mon dossier de sécu était périmé. A la pharmacie ils ont refusé de me donner le médicament, il faut que je renouvelle [...] En fait ma carte AME était terminée.* »

P-8 : « *Et je n'aimerais pas être malade surtout quand je n'ai pas la CMU. [Vous n'avez pas de CMU parfois ?] A partir d'aujourd'hui non. [...] Pour le renouvellement avec la sécu c'est trop long, trop de papier, alors qu'il n'y a rien de spécial de changer.* »

P-9 : « *Ben le docteur il réclame que le dossier est plus bon, et puis la pharmacie aussi.* »

P-11 : « *[pourquoi vous n'y êtes pas allé ?] Déjà je n'avais plus de couverture sociale.* »

P-18 : « *Non, je ne suis pas allé au docteur, je n'avais plus la CMU à jour.* »

Des personnes pointaient la nécessité de **devoir se déplacer pour faire avancer les démarches** :

P-8 : « *Ma situation n'a pas changé et on est beaucoup de personnes comme ça. Il faut faire des photocopies, il faut aller au CCAS.* »

P-9 : « *Je suis parti voir sur place à Saint Pierre là-bas, et tout d'un coup ils ont renvoyé mon dossier dans la même semaine.* »

P-18 : « *Je suis allé à la mairie, faire les photos le tralali le tralala. Ils m'ont fait descendre à*

la CAF, il manquait un papier, puis je reviens, puis il manquait encore un papier. Ils m'ont fait monter-descendre, monter-descendre. »

Ces démarches administratives étaient trop **complexes** aux yeux de plusieurs personnes :

P-6 : « Oui c'est très difficile l'administratif. [...] Il m'a demandé de parler beaucoup des papiers, de ce que je gagne. Je dis aller prend tout ça avec. J'ai donné aussi un grand papier comme ça, avec les demandes à remplir. [...] les démarches c'est trop compliqué c'est pour cela que je dis que je vais laisser, je ne veux pas. »

P-8 : « Maintenant il faut mettre la carte, taper le code personnel, mais si on n'a pas de code, je ne vous dis pas le problème. »

La **perte des papiers** semblait être un facteur récurrent de difficulté d'accès aux soins :

P-2 : « Bon mon papier s'est perdu et quand il s'est perdu je n'ai pas pu encore avoir un nouveau. Parce que là-bas il faut une copie, et je n'en avais pas. »

P-8 : « Pour moi personnellement c'est la pharmacie qui est plus compliquée. Cela arrive qu'on ait perdu notre carte vitale. »

P-15 : « J'avais un courrier justement pour le docteur traitant mais je l'ai perdu. »

Une personne nous a rapporté la **nécessité d'une ordonnance** pour aller voir un kiné comme frein à des soins de kinésithérapie : *« Mais sans ordonnance je ne peux pas aller chez le kiné ! » (P-8)*

Enfin, les personnes parlaient de **l'écart entre un discours administratif et leurs attentes réelles** :

P-6 : « C'est quoi ça, article 1,2,3 ; laissez aller - rires- [...] J'ai vu la dernière lettre, l'article 1, l'article 2, l'article 8... - rires- j'ai dit aller laisse-moi tranquille avec tes articles. [...] les articles là, elle m'a dit que je suis capable de faire le manger. [...] Ben c'est ce que je lui ai dit à elle. Je ne vais pas y aller pour demander c'est quoi ça. Ah non, je laisse jusqu'à maintenant ça fait déjà 1 an. »

P-16 : « Mais la commission là-bas, jamais, il n'y a pas de raison, il n'y a rien dessus. Moi ce n'est pas une question que je ne veux plus bosser, moi c'est que j'ai la haine aujourd'hui de ne plus bosser. »

Une difficulté à obtenir un titre de séjour a été soulevée sur laquelle nous reviendrons par la suite.

3.3.3. Géographiques

L'éloignement géographique était également une cause de renoncement aux soins :

P-10 : « J'habite à trois kilomètres en haut de la route. Depuis ma case il faut marcher trois kilomètres, lé pas accessible en voiture. [...] Pour aller chez le docteur, je dois marcher trois kilomètres puis c'est mon neveu qui m'emmène. Le docteur lé pas trop près hein. Lé aux Makes. [...] Ah l'infirmière elle monte pas là-haut. »

P-18 : « Ben soit mi prends le car soit mi sorte à pied. [...] Il fait un petit peu de marche, quarante minutes. [...] Ben si c'est pas trop grave, je n'y vais pas moi. »

Ce qui était amplifié par un **manque de mobilité due au transport** :

P-4 : « Je n'ai pas de moyen de transport. »

P-6 : « C'est un peu difficile parce que j'ai pas le moyen d'y aller toute seule, par exemple je ne conduis pas. [...] [ce qui est difficile] se sont les moyens de transport. »

P-7 : « C'est pas loin mais de me dire de me déplacer à pied au centre-ville pour aller voir le médecin, autant rester là. »

P-12 : « Mais mon soucis c'est que je n'ai pas de moyen de locomotion. »

3.3.4. Méconnaissance du système et ses acteurs

Les personnes avaient du mal à identifier les acteurs du parcours de soins, et pouvaient se sentir **isolées** :

P-1 : « Je ne connais personne. Je ne connais pas de gens [...] je connaissais personne [...] depuis que je suis arrivé à La Réunion je suis resté à l'hôpital. »

P-2 : « [...] c'est comme s'ils ne se donnent pas la peine de me faire un papier [...] Ils me laissent là, mais ne me soutiennent pas. »

P-6 : « [...] mais je suis seule avec ma fille. »

P-12 : « [...] c'est une question d'avoir un peu des aides, d'avoir un soutien moral. »

Les freins venaient d'une certaine **méconnaissance des acteurs** :

P-1 : « Voilà, je ne connaissais pas la PASS. »

P-2 : « [Kiné, dentiste, infirmier vous ne connaissez pas ?] Oui, c'est que le médecin. »

P-3 : « [d'autres professionnels que le médecin ?] Non je ne connais pas encore ces personnes. »

P-4 : « [...] et je ne trouve pas quelqu'un pour me dire, si tu n'as pas de choses comme ça tu peux aller. »

P-6 : « [vous connaissez d'autres professionnels ?] Non je ne connais pas d'autres personnes. [...] Non je ne connais pas la PASS. »

P-8 : « Et après où on peut aller aussi ? Ben je ne connais que ça. »

P-9 : « [CMP] Non mi connais pas du tout. »

P-10 : « [le kiné] Ah mi connais pas. »

P-12 : « Parce que je ne sais pas chez quel dentiste aller. [...] [Si vous aviez un problème vous iriez où ?] Ah bonne question ! Je ne pourrais pas répondre, je ne sais pas. Non sincèrement je ne sais pas. »

Mais aussi d'une **méconnaissance du système** :

P-2 : « Non non, mais normalement ici c'est le médecin qui a le pouvoir au niveau de la préfecture. C'est le médecin seulement. »

P-8 : « Je ne saurais pas quand consulter, je ne sais pas quand cela est nécessaire d'y aller. Et je ne sais pas où il y a un psychiatre. »

Une personne a mentionné également **la différence de réponse suivant les professionnels** :

P-1 : « Madame X [Assistante sociale] elle m'a dit que je n'avais pas le droit d'avoir des soins ici [...] Rien elle m'a dit que j'aurais pas les aides. [...] Il vaut mieux aller là-bas à la PASS plutôt que me dire tout ça [...] à la PASS on m'a dit que non c'est pas un problème. On me garantit tout ça. »

3.4. L'entourage social comme facilitateur

3.4.1. Influence des proches

La présence et l'interaction avec l'entourage est ressorti comme un déterminant du recours aux soins :

Trois personnes ont mis **l'unité familiale comme un socle** préalable aux soins :

P-1 : « Ici je suis dans une famille propre. Là-bas je n'aurais pas de ressources. »

P-6 : « Avec ma fille on gagne, moi avec elle. »

P-12 : « Quand tout va bien, ça veut dire qu'on a une vie de famille, une vie professionnelle. »

Les personnes semblaient réceptives aux **conseils de leurs proches** :

P-6 : « Et ma tante m'a dit « si tu trouves pas [de travail] vaut mieux que tu viennes ici ». [...] Les démarches c'est trop compliqué c'est pour cela que je dis que je vais laisser, je ne veux pas. Même ma sœur m'a dit, « hey reste là ». »

P-8 : « C'est tout le monde, chacun donne sa petite connaissance. Autant ma belle-sœur, ma belle-mère, mes tantes, ma maman. Chacun un petit truc quoi. Par exemple on va me dire, ma belle-mère va me dire prend du guérivite. Ma maman va me dire de pas mettre une branche mais en mettre trois. [...] Moi c'est plutôt ma maman. Je dis "je vais chez le médecin, qu'est-ce que tu en dis ?". »

P-9 : « [...] ma sœur qui habite Saint Louis. Elle emmène ses enfants la voir [le médecin], et elle me dit ben pourquoi tu ne vas pas voir à elle ? »

P-10 : « Quand banna dit à moi d'aller, j'y vais. »

Plusieurs personnes ont mis en avant le rôle de l'entourage pour **les aider dans l'accès** aux soins :

P-6 : « Ma tante elle m'a montré, ça c'est notre docteur, tu peux y aller faire un tour. [...] Pour moi c'est un peu difficile par exemple, quand je descends là-bas vaut mieux que j'aille avec quelqu'un [...] Oui ça je fais moi-même, mais le problème quand je vais au Gabier j'arrive même pas à voir le ticket, il faut que j'amène ma fille. »

P-7 : « Vu que la pharmacie est juste à côté du médecin, et qu'ils ont l'habitude [...] ils donnent à quelqu'un qui dépose à la maison. »

P-10 : « Mes médicaments c'est mon neveu qui va les chercher tous les mois. [...] C'est ma nièce qui s'occupe de mes papiers. Sinon je suis embêté. »

P-17 : « Je ne sais pas, il m'a donné un papier, c'était ma fille qui était avec moi. »

3.4.2. L'accompagnement social

L'**accompagnement social** était soutenant pour les personnes :

P-1 : « Dieu merci il y a beaucoup d'autres assistantes sociales qui sont de bon cœur. On connaît ça maintenant. Toujours les hommes et les femmes ont du bon cœur ici. »

P-12 : « [En parlant de l'assistant social] Donc c'est une question d'avoir un peu des aides, d'avoir un soutien moral, et d'avoir de l'aide pour me faciliter à me trouver un logement une habitation »

P-13 : « Oui, avant c'était madame x, elle, mais lui là j'ai pas confiance. Madame x je demande des choses elle m'amène, mais lui... »

3.4.3. Le rôle des associations

Les **associations étaient citées comme starter** dans le parcours de soins, avec une orientation vers les professionnels. Ce facilitateur était surtout cité par les personnes migrantes, ainsi nous le développerons plus loin.

4. Une rencontre influencée par des représentations et des difficultés

4.1. Attentes vis-à-vis du soignant et déterminants de la rencontre

Nous avons pu lire plusieurs attentes vis-à-vis du soignant et quelques déterminants lors de la consultation qui influaient sur le vécu et sur le recours actuel ou ultérieur aux soins.

La population migrante a fait ressortir la thématique du soignant comme détenteur de pouvoirs sur les décisions de vie. Nous développerons cet aspect plus loin.

4.1.1. Les attentes vis-à-vis du soignant

L'analyse des entretiens semble montrer une valorisation du Care passant avant celui du Cure.

Plusieurs personnes ont mentionné le besoin **de parler d'autres choses que du motif** de la consultation afin de créer un climat de confiance :

P-8 : « Il a parlé, il s'est présenté, tout s'est très bien passé, j'étais même étonné. Donc il a parlé, il a même posé des questions qui n'avaient rien à voir avec sa gastro. »

P-11 : « Non mais il y avait quand même un peu la discussion. J'aime bien la discussion. L'infirmier qui arrive qui dit mettez votre main là, mais attend c'est quoi ça ! C'est pas pour moi. »

P-12 : « C'est quelqu'un [...] qui me parlait beaucoup, qui me tutoyait, comment va ta femme, comment vont les enfants, comment ton travail il va. »

P-14 : « Un médecin il prend son temps, on discute, on parle, voilà, [...] on discute. Là c'est un bon médecin. »

Lié à ce besoin d'une consultation globale, un **besoin d'écoute** ressortait fortement :

P-7 : « Il est à l'écoute. »

P-8 : « Il est toujours à l'écoute. Il a toujours un petit mot. [...] Si je vois qu'il écrit et qu'il ne lève pas sa tête, qu'il ne me regarde pas, pour moi il ne s'intéresse pas à moi. »

P-11 : « Je préfère aller chez le docteur ou je garde pour moi. »

P-12 : « Quelqu'un [...] avec qui je pourrais vraiment parler de tout. Sans avoir d'appréhension, pour parler simplement de tout. »

P-16 : « [...] mais pour discuter en fin de compte. - rires - Mais le médecin ne discute pas. [...]

Voilà, je ne me suis pas senti écouté. Parce que j'ai beaucoup de problèmes, et donc je veux quelqu'un qui écoute quoi. Un médecin en fin de compte. »

Le besoin d'être **soutenu et rassuré** par le soignant était important :

P-5 : « Le docteur a dit que cela se passe bien. »

P-6 : « Parce que je lui ai demandé si c'est grave, il m'a dit non c'est pas grave. »

P-8 : « Et lui il a pu mettre mon petit garçon en confiance. »

P-16 : « Le médecin m'a bien remonté le moral en fin de compte. »

Les personnes estimaient que c'était **au soignant de donner confiance** aux patients :

P-8 : « De là il commence à me donner confiance. »

P-11 : « Il ne mettait pas les gens à l'aise. [...] et puis le docteur il commence à me mettre à l'aise. »

P-12 : « C'est quelqu'un qui me mettait en confiance. »

P-14 : « [...] ça dépend de la manière dont le médecin te parle et te met en confiance. La réponse que te donne le médecin, le suivi qu'il va donner. Un bon médecin c'est ça, il te met en confiance. »

Une des attentes principales était la **disponibilité** du soignant et sa **sollicitude** :

P-1 : « [...] je trouvais un médecin qui est docteur, qui est là, qui est vraiment très gentille. Elle m'a reçu comme il faut. »

P-7 : « [...] c'est le plus gentil. »

P-8 : « C'est un médecin de famille, donc il peut nous prendre en consultation [...] il s'occupe bien de ses patients. [...] Il a toujours un petit mot. »

P-9 : « Et après ma la continué un petit peu. Elle était gentille. »

P-11 : « Il m'a rappelé pour vérifier. [...] Donc ça je me suis dit, bon voilà quelqu'un qui s'occupe vraiment de vous. »

P-12 : « Quelqu'un qui soit simple, souriant, qui parle facilement, qui a un contact assez facile. »

Bien évidemment, l'**attente des traitements** revenait régulièrement :

P-1 : « Il faut aller voir le docteur pour donner des médicaments. »

P-7 : « Il donne les bons médicaments qu'il faut. »

P-8 : « Ben il nous a donné le traitement qu'il fallait. [...] peut être un bon médecin, il donne

des bons traitements. »

P-9 : « [...] partir chez le docteur pour gagner les médicaments. [...] elle donne à moin les bons médicaments. »

P-14 : « [...] quand je pars chez le médecin c'est pour prendre l'ordonnance pour mon médicament. »

P-16 : « Mercredi j'étais au médecin et il donne à moin les médicaments qu'il faut. »

P-18 : « Si je pars chez le docteur aujourd'hui, il me donne des médicaments. »

Tout comme l'attente que le médecin prenne **des mesures** :

P-11 : « Il va prendre la tension. »

P-14 : « Il prend ma tension, mon poids, et tout, c'est bien. »

4.1.2. Les déterminants positifs de la rencontre

Certains déterminants lors de la rencontre ont permis de faciliter l'accès aux soins des personnes.

Par exemple, la **connaissance interculturelle** facilitait le recours au médecin : « *lui il a déjà travaillé à Mayotte donc c'est pour ça [...] il comprend.* » (P-3)

La proximité ressentie en tant que **médecin de quartier** permettait de recourir plus facilement : « *J'ai la proximité du médecin, c'est un médecin de quartier, donc pour aller chez le médecin c'est pas un problème pour moi.* » (P-8)

La **connaissance du médecin de ses patients** semblait rassurer les personnes :

P-1 : « Vous allez me regarder, vous savez comment je suis, quel est mon problème. »

P-8 : « Pour la consultation avec le médecin généraliste, comme je disais, mon médecin c'est un médecin qui me connaît. »

P-14 : « Mon médecin traitant, il a déjà mon dossier. [...] Le médecin lui il sait, de la manière dont tu parles, de la manière dont tu poses des questions. »

P-15 : « Mais je suis suivi par mon docteur traitant au lieu d'un psychiatre, parce que le psychiatre il ne sait pas vraiment. Elle comme elle me connaît. »

P-18 : « Ah non, lui il me connaît depuis que je suis petit. Il me connaît beaucoup. »

La parole du médecin était considérée comme digne de confiance, en lien avec sa fonction et sa connaissance :

P-1 : « C'est ça votre spécialité, c'est ça. [...] je trouvais un médecin qui est docteur. »

P-5 : « Le docteur a dit que cela se passe bien. [...] le docteur a dit que le médicament était bon. »

P-6 : « Je prends ça parce qu'il m'a dit [...]. Cela s'est bien passé, parce qu'il m'a dit va prendre la prise de sang. »

P-8 : « Parce qu'ils sont là, ils ont fait des études, c'est à eux de nous aider. »

P-12 : « C'est une personne qui a fait des études pour, il a travaillé, il a étudié pour. »

P-14 : « Si mon médecin traitant me dit que j'ai rendez-vous avec Monsieur tel, je partirais. »

Le fait d'avoir un **médecin traitant semblait donner un repère fixe** et rassurant aux personnes :

P-7 : « Je ne sais pas, peut-être c'est par peur parce que j'ai l'habitude là-bas, et puis aller voir ailleurs, je ne sais pas... »

P-14 : « Je ne consulte que mon médecin traitant. »

P-15 : « Vaut mieux être suivi par le docteur traitant. »

Un autre déterminant a été soulevé, c'est **l'utilité de l'ordonnance, comme clé d'accès :**

P-7 : « Mais je fais marquer par ordonnance [...] il donne l'ordonnance, tu récupères les médicaments et puis c'est bon. »

P-8 : « Je lui ai dit de faire une ordonnance, je lui ai demandé si c'est possible de mettre un petit mot, car il n'y a pas de place chez l'orthophoniste. »

P-9 : « Oui le docteur donne à moi un papier, l'ordonnance pour venir chez moi. [...] docteur X a marqué et moi l'a gagné. »

P-11 : « [Et pour les traitements à la pharmacie ?] Non, j'arrive, je donne l'ordonnance et c'est bon. »

P-14 : « Quand je pars chez le médecin c'est pour prendre l'ordonnance. »

4.1.3. Les déterminants négatifs de la rencontre

D'autres déterminants semblaient à l'inverse être un frein à l'accès aux soins.

Les soignants étaient vus comme **fixant des interdits :**

P-12 : « Et puis bon après il y a des médecins qui disent il ne faut pas boire, il ne faut pas ceci... »

P-18 : « Docteur il dit à moi arrête de manger très gras, il ne faut pas fumer, il ne faut pas boire. »

Le **rythme de la consultation** semblait particulièrement important, parfois trop lent ou trop rapide, la nécessité de prendre le juste temps nécessaire était soulevée :

P-7 : « Ils prennent le temps de regarder, de bien faire leur travail en fait. [...] je ne reste pas, parce que tellement il y a beaucoup de gens et qu'il travaille doucement. [...] mais le seul problème c'est qu'il ne prend pas le temps d'examiner. [...] Il met vite fait, à l'oral, il marque les médicaments, mais il ne prend pas le temps d'examiner. »

P-8 : « C'est un bon médecin qui prend son temps. »

P-11 : « Pour moi quand j'arrive, c'était tout de suite, aller ta, ta, ta. Mais il ne discutait pas. »

P-14 : « Un médecin il prend son temps, [...] Là c'est un bon médecin. »

Une personne a exprimé le sentiment que **le médecin ne pouvait ressentir sa souffrance** : « Parfois je me sens mal à l'aise en face du docteur, parce que ce que moi je ressens, eux ils ne peuvent pas le savoir. » (P-17).

Enfin une personne a mis en mots l'importance d'un **accompagnement global** : « Voilà, moi-même je vois qu'il n'y a pas de sens d'aller à l'hôpital, donc il vaut mieux rester à la maison. Parce que quand on se soigne il faut avoir le médicament. Mais si on allait à l'hôpital, on voit le médecin, il écrit, mais on ne donne pas les médicaments, cela n'a pas de sens pour moi, donc il vaut mieux que je reste. » (P-2)

4.2. Problèmes de communication

4.2.1. Être entendu

Lors de la consultation, les personnes avaient parfois l'impression **de ne pas avoir été entendues** :

P-8 : « oui à des moments il ne comprend pas [...] Mais cela arrive que parfois on s'exprime, et on est pas entendu ... »

P-16 : « Ben, ce n'est pas qu'ils ont rien à foutre, mais c'est que ou lé grippé, et puis basta. [...] »

Voilà, je ne me suis pas senti écouté. Parce que j'ai beaucoup de problèmes, et donc je veux quelqu'un qui écoute quoi. »

Ce sentiment provoquait systématiquement **une remise en question de soi** :

P-8 : « Peut-être c'est moi qui m'exprime mal. »

P-16 : « Donc peut-être que c'est moi qui ne le comprends pas lui. »

4.2.2. Être compris

Les personnes ont mentionné des difficultés à **se faire comprendre** :

P-5 : « C'est compliqué de se faire comprendre. »

P-8 : « [Est-ce que parfois vous avez des difficultés pour vous faire comprendre ?] oui à des moments il ne comprend pas. »

Notamment par un **manque de littératie en santé** :

P-15 : « C'est surtout rendre compte au médecin. Je peux rentrer chez vous, je veux dire quelque chose mais mi gagnes pas dire. Je vais dire j'ai mal à la jambe, mais c'est pas le mal à la jambe, c'est autre chose. On a du mal à expliquer au médecin ce qui arrive. »

4.2.3. La langue

Concernant la **langue**, la population créolophone n'a pas mentionné de difficultés, contrairement à la population migrante, sur laquelle nous reviendrons :

P-10 : « [Il parle créole ?] Ah oui, ils ont pris l'habitude. »

P-14 : « [...] et lu cause créole aussi. »

5. Particularités de la population migrante

Nous mettons en exergue ici les difficultés liées à cette population qui semblait avoir des problématiques propres.

5.1. Accès aux droits de séjour

En premier lieu, l'accès au **droit de séjour** était un frein énorme pour l'accès à une couverture maladie :

P-1 : « Elle m'a dit que je n'avais pas le droit d'avoir des soins ici parce que je n'ai pas de papiers et aucune ressource ici. »

P-2 : « Mais tant que je n'ai pas de papier on ne peut pas renouveler ça encore [l'AME] [...] Et quand je suis revenue ici, comme je n'ai pas de papiers on ne m'a pas traitée. [...] En fait ma carte AME était terminée. Ils ont amené le dossier pour renouveler, mais ils ont refusé si je n'amène pas le titre de séjour, sinon ils ne renouvèlent pas ça. »

P-4 : « Parce que je n'avais pas de situation pour aller là-bas. [chez un docteur] [...] J'ai pas de papiers, et je ne trouve pas quelqu'un pour me dire, si tu n'as pas de choses comme ça tu peux aller. »

5.2. Le rôle clé des associations et de la PASS

Afin d'avoir accès au système de soins, les personnes migrantes ont eu recours à l'aide des associations telle que la CIMADE, ou à celle de la PASS qui était un **lieu ressources** concernant l'accès aux soins :

P-1 : « Docteur x, on s'est rencontré à la CIMADE. J'étais allé à la CIMADE j'ai vu d'abord un assistant social. [...] il vaut mieux aller là-bas à la PASS plutôt que me dire tout ça. Mais moi aussi si je suis malade je vais aller là-bas en premier, on peut me garder tout ça. »

P-2 : « J'ai connu la PASS par l'école de la CIMADE. A partir de là il y avait une femme qui s'appelle x qui m'a rencontré, qui m'a dit d'aller voir la PASS. »

P-3 : « C'est toujours la même personne de la CIMADE. [...] Je suis allé à la PASS, c'est là-bas qu'ils m'ont aidé. »

P-5 : « Oui, avant-hier j'étais à la PASS. [...] Avec l'école de la CIMADE. »

5.3. Une vision salubre du territoire Réunionnais et des soignants

Les personnes semblaient avoir en commun également de se **sentir protégées par le système de santé à La Réunion en comparaison** au système de santé dans le territoire d'origine. Cela semblait influencer positivement sur leur recours aux soins :

P-1 : « J'ai pris le risque de mettre ma femme et ma fille, nous trois dans un kwassa kwassa pour venir jusqu'à Mayotte. [...] Moi j'avais envie de rester ici à La Réunion. Parce que si je reste ici, ma fille aura de bons soins. Si on rentre à Mayotte il n'y a pas de spécialité. Même aux Comores il n'y a rien. [...] Si je vais quelque part, je n'ai pas peur de la police, je vais aller sans problème. Je n'ai plus peur comme avant. Maintenant je vois que je suis à l'aise. [...] ici je n'ai pas de doute, je peux aller là où je veux, je n'ai pas peur. »

P-2 : « Et quand j'étais aux Comores, et à Mayotte, depuis que je suis ici je me sens mieux [...] Quand une personne est très malade, on n'a pas la capacité de la soigner à Mayotte, on l'envoie ici par EVASAN. [...] Il vaut mieux que je reste ici au lieu de rentrer là-bas. »

P-3 : « Parce que à Mayotte il y a beaucoup d'ennuis, beaucoup de délinquance, j'avais peur. Et je suis ici, tranquillement. »

P-5 : « Quand j'étais là-bas, j'avais peur car ils ne pouvaient pas me traiter. »

P-6 : « Depuis que je suis venu ici on a tout changé. Alors là c'est facile d'y aller au médecin. »

P-7 : « Ici à La Réunion, non. Parce qu'ici il y a des professionnels et des médicaments tout ce qu'il faut. Mais peut-être à Mayotte il faudrait se poser des questions ! »

L'hôpital pouvait même être vu comme un **lieu refuge** par certains :

P-1 : « Il ne peut pas y avoir la police à l'hôpital, je suis en sécurité. Personne ne va me déranger. »

P-2 : « Ils m'ont dit si un jour cela ne va pas, je pourrais aller à l'hôpital au lieu de rentrer aux Comores. »

Le médecin semblait pour les personnes concentrer des **pouvoirs importants sur leurs conditions de vie** :

P-1 : « On a vu le docteur qui disait qu'on transfère pour aller à La Réunion. »

P-2 : « [...] mais normalement ici c'est le médecin qui a le pouvoir au niveau de la préfecture. [...] Mais le médecin ne m'a pas donné d'accès. »

P-5 : « A Mayotte j'ai rencontré le docteur, et c'est lui qui m'a dit tu ne peux pas rester ici. »

5.4. Langue et interprétariat

Plusieurs personnes ont mentionné la **barrière de la langue** comme frein à l'accès aux soins, **l'interprétariat professionnel n'a jamais été mentionné** :

P-2 : « *Et cela me décourage car je ne sais pas parler français. [...] je ne peux pas parler le français, alors je n'arrive pas à m'exprimer, vous voyez.* »

P-5 : « *[Vous y allez avec quelqu'un qui traduit ?] Non, on se comprend un peu seulement. [...] Oui, c'est compliqué de se faire comprendre.* »

P-6 : « *Oui, parce que je ne maîtrise pas trop le français [...] parce qu'il y a beaucoup de fois. Par exemple quand il dit quelque chose, je dis non j'ai pas compris.* »

5.5. Problématique d'équivalence de la sécurité sociale entre deux territoires.

Une personne a mentionné un problème **d'équivalence de droits à la sécurité sociale**. Sa couverture maladie était à jour à Mayotte (avec la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte : CSSM), mais n'a jamais pu bénéficier de soins remboursés sur La Réunion. « *J'étais à la sécu de Mayotte. Ici ça ne marchait pas. Alors je suis allé à la sécurité sociale. Depuis le mois d'octobre, elle ne m'a rien dit [...] C'est à cause de la CMU. Parce que l'assurance maladie de Mayotte ne passe pas ici.* » (P-3)

5.6. Problématique des Evacuations Sanitaires (EVASAN)

Le dispositif des EVASAN et **les droits qui en découlent** semblaient **mal connus** par les professionnels ce qui pouvait être un frein à l'accès aux soins :

P-1 : « *Madame x elle m'a dit que je n'avais pas le droit d'avoir des soins ici parce que je n'ai pas de papiers et aucune ressource ici. Je dois aller à Mayotte [...] J'étais passé à la PASS, j'ai trouvé x, elle m'a expliqué, [...] je lui ai tout raconté, on m'a demandé de remplir un dossier pour envoyer, pour une demande de titre de séjour pour rester ici pour enfant malade. J'ai tout fait, j'ai envoyé. Aussi on m'a répondu, jusqu'à aujourd'hui j'ai reçu un titre de séjour.* »

6. Une adaptation et des solutions proposées

Dans les entretiens, les personnes ont proposé spontanément des pistes d'amélioration pour réduire le renoncement aux soins ou ont expliqué utiliser des parcours alternatifs pour pallier les problématiques.

6.1. Une adaptabilité des deux côtés de la relation

Certains patients ont mentionné une **adaptabilité des professionnels** face aux barrières du système :

P-7 : « [...] la pharmacie même si on a pas le temps, ils font livrer. »

P-8 : « on s'arrange avec lui. [...] Quand j'aurais la CMU je le rembourserais de deux ou trois consultations, c'est pas un soucis. [...] Après il y a des kinés on peut s'arranger. »

D'autres ont parlé de **leurs propres adaptations** en termes de **traduction** : « *Je prends quelqu'un, il traduit, après je m'en sort avec ça.* » (P-2) ; ou **d'accessibilité via l'ordonnance d'une connaissance** : « *Ben à la pharmacie, quand madame qui m'héberge va au médecin elle en demande.* » (P-12)

6.2. Une réorganisation

Dans la prise de rendez-vous, un patient proposait la mise en place de **créneaux d'urgence chez le dentiste** : « *C'est ça que j'ai du mal. Mais quand on n'a des douleurs, il devrait prendre à ou directement.* » (P-18)

Une autre personne proposait une **démarche facilitée pour le renouvellement de la CMU en cas de situation inchangée** : « *Quand on a plus la CMU on recharge la carte et voilà. Se serait facile et pratique avec moins de papier. [...] je trouve que cela n'est pas nécessaire, parce que la situation n'a pas changé plus que ça. Autant mettre un agent spécialement, l'idéal serait de mettre un ou deux agents pour la carte vitale. On emmène les papiers, la situation n'a pas changé, voilà, on recharge et vous avez votre CMU. Après si la situation a changé, vous avez travaillé, vous avez un enfant, voilà, ben on fait les papiers.* » (P-8)

6.3. Utilisation de parcours alternatifs

Des phénomènes **d'auto-soins** ont été relevés :

P-7 : « [...] autant rester là et prendre ce que j'ai déjà. »

P-8 : « Si ça ne va pas quand je prends des médicaments ou des tisanes. Si cela empire, je vais consulter. »

P-9 : « Ben la mi imagine, mi part le docteur ou mi boit le médicament si j'en ai. Ben parfois mi bois les médicaments et mi reste chez moi. »

P-12 : « Là dernièrement j'avais une douleur de la gorge, j'ai pris du miel, du vinaigre et du café. J'ai pris une cuillère de miel avec du lait, je me suis soigné comme cela. »

Bon nombre de personnes utilisaient de façon traditionnelle la **phytothérapie**, souvent encadrée par **des personnes plus âgées (gramounes) ou des tisaneurs** :

P-1 : « [...] une plante qui guérit dans 50 maladies [...] Si on a mal à la tête, si on a de la tension, on peut utiliser ça, si on a des problèmes pour le ventre. »

P-8 : « Par exemple on va me dire, ma belle-mère va me dire prend du guérivite [...] Sinon je vais au marché forain, les gens qui préparent les tisanes peuvent nous expliquer, je peux en acheter. »

P-10 : « Tisanes des gramounes un petit peu des fois. »

P-12 : « Les tisanes je parle avec les anciens, pas avec un jeune, quelqu'un qui a vraiment un certain âge. [...] »

P-15 : « Ah ben remède grand-mère. J'en ai chez moi, pour les crampes. »

P-16 : « Oui les tisanes. [...] Les vieilles personnes dans les hauts. »

P-17 : « Les zerbages pour faire un punch médical j'en ai chez moi. [...] cela fait partie de la famille et c'est avec moi. »

P-18 : « Ah ben, on s'est débrouillé avec des tisanes [...] Depuis longtemps, ma grand-mère les faisait. »

L'utilisation de la phytothérapie ou le recours aux tradipraticiens n'étaient **pas toujours discutés avec le soignant, parfois par peur de sa réaction** :

P-1 : « Mais vous, vous me direz pas d'aller voir un fundi, c'est pas votre truc. »

P-9 : « Il va dire qu'il me donne des médicaments, pourquoi mi prend les zerbages. Surtout si les deux mélanges ensemble, pour moi c'est pas bien du tout. »

Mais, une personne nous a dit utiliser la phytothérapie en **partenariat** avec son médecin :

P-14 : « Voilà. Parfois mon médecin traitant il dit de passer à la pharmacie prendre des tisanes et voilà je paye c'est tout. Mais sans l'accord de mon médecin traitant je ne peux pas prendre n'importe quoi n'importe comment. »

DISCUSSION

I. Synthèse des résultats principaux

L'objectif principal de l'étude était d'identifier les facteurs modifiables limitant l'accès aux soins de premier recours des personnes en situation de précarité à Saint Louis.

Cette première étude qualitative sur le sujet à La Réunion a mis en lumière des facteurs individuels tels que la perception de son besoin, le vécu stigmatisant, les refus de soins, ou le vécu de sa précarité. Et des facteurs systémiques externes exposant au renoncement aux soins, telles que les barrières financières, administratives, géographiques, le manque de confiance ou les difficultés de communication, déjà connus dans la littérature en métropole (9,11,26,33,68,69,70,71).

Le renoncement aux soins dans notre population de Saint Louis semblait représenter un phénomène d'une grande ampleur et recouvrait les quelques données disponibles à La Réunion (7,72).

L'implication de l'histoire antérieure sur le recours aux soins a été explicite dans les entretiens. Ceci a déjà été retrouvé dans d'autres recherches : « En milieu précaire, ainsi que l'illustre notre corpus, les rapports à l'institution médicale varient fortement en fonction des histoires individuelles » (70).

Les données recourent notamment le rapport de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de MDM de 2018 présentées dans le Tableau 6.

(Plusieurs réponses possibles)	%	n
Difficultés administratives (manque pièces demandées, complexité, absence de preuve de présence en France, etc.)	28,0	3 801
Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès au droit, médecins traitant)	26,6	3 608
Aucun droit possible (résidence < 3 mois, visa touristique, ressource > plafond, etc.)	16,2	2 197
Barrière linguistique	16,1	2 190
Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraire, soins non pris en charge, etc.)	15,0	2 031
Démarches en cours mais délais d'instruction trop longs	7,1	965
Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (refus guichet, demande de pièces abusives, etc.)	3,0	412
Peur d'être dénoncé(e) et/ou arrêté(e)	1,6	219
Droits ouverts dans un autre pays européen	0,9	121
Eloignement des structures administratives ou de soins	0,7	100

Tableau 6 : Principaux obstacles à l'accès aux droits et aux soins cités par les personnes reçues dans les CASO lors de leur première visite, 2018 (32)

Notre étude pointe des difficultés en termes de couverture maladie, de soins dentaires, d'actes de prévention et d'accès aux traitements pharmaceutiques qui ont été retrouvés dans d'autres recherches (32,73,74,75,76,77).

La population migrante semblait être exposée en plus des autres facteurs à des barrières non retrouvées dans les autres populations, ce qui était cohérent avec la littérature (78).

Cependant certains éléments sont retrouvés comme propres au territoire réunionnais, tels que la situation des personnes arrivant par EVASAN ou les difficultés d'équivalence entre deux caisses de sécurité sociales.

Lors des entretiens, la richesse des discours, des points de vue et des problématiques soulevées a conforté la pertinence de la méthode qualitative. L'exploration du ressenti, de la perception de son besoin et des émotions influençant le recours aux soins n'auraient pas pu être réalisé avec une étude quantitative. Ces facteurs n'apparaissent d'ailleurs pas dans les études

quantitatives sur le sujet à La Réunion (7).

Cela pourrait expliquer également la divergence de résultat avec l'étude de 2016 de l'INSEE à La Réunion qui conclut à une absence de barrière financière pour les personnes modestes en raison d'une large diffusion de la CMUc sur le territoire.

Nos résultats confortent l'idée que « le bénéfice de la CMUc ne met pas à l'abri d'un risque de non-recours, même si cette complémentaire gratuite facilite l'accès aux soins. Cela ne manque pas d'interroger l'existence d'une relation entre non-recours aux soins et CMUc » (28).

Concernant les objectifs secondaires, l'exploration des connaissances du système a retrouvé des connaissances très hétérogènes. Certaines personnes connaissaient parfaitement les rouages du système, alors que d'autres se disaient perdues.

La maladie était principalement vue comme un processus dynamique résultant d'un comportement et donc en lien avec la condition de précarité.

Notons que parfois les personnes ont parlé du recours aux soins de leurs enfants, nous avons hésité initialement à prendre ces données en compte, mais à la lumière des recherches anthropologiques nous avons décidé de les garder et de considérer que ces réponses « apparaissent comme un prolongement de soi » (70).

II. Forces et faiblesses de l'étude

1. Intérêt de l'étude

Cette thèse de médecine générale étudie un problème de santé publique : les disparités d'accès aux soins de premiers recours ; le médecin généraliste étant un acteur central dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Nous n'avons retrouvé aucune étude qualitative à La Réunion sur le renoncement aux soins de la population en situation de précarité, cette étude est la première sur le territoire.

Elle confirme les différents travaux menés en métropole sur le renoncement aux soins des personnes en situation de précarité, et cible des difficultés locales.

Elle pointe notamment des difficultés en termes de stabilité de couverture maladie, d'accès aux soins dentaires, aux actes de prévention et aux traitements pharmaceutiques qui ont été retrouvés dans d'autres études.

La mise en place de cette thèse s'appuyant sur des acteurs médico-sociaux de terrain peut servir de base à d'autres études sur le territoire réunionnais à la même échelle ou à une échelle plus grande.

L'échantillon de la population était diversifié en incluant des personnes faisant face à plus ou moins de précarité selon le score EPICES, adressées par différents acteurs médico-sociaux, d'origines variées et d'âge variés également.

2. Biais de l'étude

- Les biais internes :

Un seul entretien a eu lieu avec chaque personne, et les personnes interviewées ne connaissaient pas le chercheur auparavant. Une relation de confiance avec les personnes n'a pas pu être établie avant l'entretien. Ce biais a été limité par une attitude bienveillante de l'enquêteur et une orientation des personnes par le professionnel ayant un lien de confiance déjà établi. Celui-ci était présent lors d'un entretien.

- Les biais externes liés aux conditions de l'entretien :

La réalisation des entretiens avec enregistrement, a pu influencer les discours des personnes et limiter leur richesse, malgré l'assurance d'une anonymisation. Parfois dans la pièce les enfants pouvaient être présents ce qui a pu empêcher l'expression de certaines émotions. Afin de limiter ce biais, les participants ont systématiquement eu le choix de l'endroit de l'entretien dans lequel ils seraient le plus à l'aise.

- Le biais d'investigation :

L'enquêteur n'ayant jamais réalisé d'enquête qualitative précédemment, sa posture verbale comme non-verbale a pu engendrer une certaine subjectivité des réponses. Afin de limiter ce biais, le chercheur a prêté attention à poser des questions ouvertes. Une reformulation des discours a été pratiquée afin de vérifier la bonne compréhension. Un travail de réflexivité a été réalisé avec rédaction d'un carnet de bord présenté en annexe.

- Le biais de sélection :

Le nombre de situation d'addictions dans la population peut avoir été majoré par le recrutement du CCAS qui s'est fait en partie dans un groupe d'entraide par rapport à l'addiction à l'alcool.

- Le biais de mémorisation :

Les personnes ont parfois pu relater des expériences anciennes de recours ou de non-recours aux soins. Ils ont pu oublier ou renforcer certains aspects de la réalité. Ce biais a été limité par la lecture à partir du onzième entretien d'une liste des causes de renoncement aux soins issue d'une revue de la littérature.

- Le biais de désirabilité sociale :

Du fait de la fonction de l'enquêteur (étudiant en médecine) appartenant donc au corps médical, certaines réponses ont pu être biaisées par peur du jugement ou du regard médical.

- Le biais d'interprétation :

L'un des principaux biais de l'étude est inhérent à la méthodologie d'une recherche qualitative et l'interprétation subjective des données par l'enquêteur. Ce biais a été limité par le double codage d'un entretien et une triangulation des données.

- Le biais de confirmation :

Ayant eu l'expérience de travail dans un centre de santé communautaire en métropole, nous pensons que la mise en place d'un tel centre à Saint Louis serait une réponse adéquate afin de prendre en compte les aspects, sociaux, politiques et médicaux de cette population.

Cette étude ne prend pas en compte le caractère durable ou temporaire du renoncement. Une étude sur plusieurs années avec des entretiens réitérés des personnes permettrait de comprendre plus en profondeur les mécanismes qui sous-tendent l'installation du renoncement aux soins.

Enfin, Maryse Bresson rappelle la difficulté de travailler sur une population en situation de précarité qui n'est pas « une notion équivoque, en aucun cas un groupe réel homogène aux frontières bien délimitées » et donc une difficulté à généraliser les résultats.

III. Des explorations complémentaires nécessaires sur La Réunion

1. Evaluer voire adapter le score EPICES à La Réunion

Premièrement, nous nous sommes demandé si le score EPICES était réellement adapté au territoire Réunionnais. Ce score utilisé par la PASS de Saint Pierre a été validé scientifiquement en métropole sur un échantillon conséquent de population, mais au vu des questions portant sur des habitudes culturelles telles que le sport, les spectacles ou les vacances, est-il valide dans le contexte local ?

De plus il ne prend pas en compte la salubrité des logements, or des personnes peuvent tout à fait se déclarer propriétaires d'un logement insalubre et ne pas avoir la capacité économique de le remettre en état. Ce constat est partagé par les résultats de l'étude Gramoune Care réalisée à La Réunion en 2016/2017 : 70,7 % des séniors étaient propriétaires, 17 % considéraient leur logement comme précaire et 54 % considéraient avoir besoin de travaux (79).

Cette inquiétude a émergé notamment par la rencontre de la dixième personne qui semblait selon l'assistante sociale au vu de sa situation, très précaire. Cette précarité ayant engendré un retard d'accès aux soins, des complications médicales et un renoncement à des soins dentaires.

Cette personne vivait isolée dans une cabane dont il était propriétaire (comme de nombreux réunionnais), vivait seul, possédait soixante euros par mois pour vivre, avait une mutuelle payée par sa nièce, n'avait pas de moyen de transport pour se déplacer donc était dépendante de son neveu. Malgré sa situation son score EPICES a curieusement été évalué à 38 (la limite de la précarité étant estimée à 30).

Ces questionnements nous ont poussé à poursuivre plus loin la bibliographie et nous avons trouvé une étude qui relativise la portée du score EPICES : « le score Epices est actuellement le plus utilisé et probablement aussi, le mieux diffusé. Estimé dans la population d'étude sur la base de son utilisation la plus courante, [...]. Pour qu'il soit plus discriminant, sa catégorisation ou un changement de cut-off pourrait peut-être être envisagé. Par ailleurs, s'il est a priori relativement simple à calculer, ses items ne sont pas toujours univoques : qu'est-ce qu'une « aide matérielle » ? Qu'entend-on (et qu'entendent les personnes interrogées) par « travailleur social » ? A la question « Y a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de

véritables difficultés financières à faire face à vos besoins », d'autres besoins que ceux donnés en exemple (alimentation, loyer, électricité) ne risquent-ils pas d'être pris en compte par certains et pas par d'autres ? Enfin, des poids sont affectés à ses différents items, mais ceux-ci ont été estimés une fois pour toutes, à partir de la population des CES en 2002 : conviennent-ils toujours et conviennent-ils à toutes les populations étudiées ? » (80).

Ainsi, des études seraient nécessaires pour évaluer ce score à La Réunion et si besoin l'adapter, afin de continuer à étudier les populations en situation de précarité.

2. Explorer les refus de soins à La Réunion

Nous avons montré que les refus de soins sont un obstacle à l'accès aux soins à l'instant du refus bien évidemment mais aussi à l'heure d'envisager un recours ultérieur.

L'exploration de ces refus de soins semble, selon les études, difficile étant donné parfois leur caractère dissimulé : « délais allongés de rendez-vous, dépassements d'honoraires importants annoncés, fraîcheur de l'accueil... » (81).

Ces refus ont été bien documentés ces dernières années en métropole, mais nous n'avons pas retrouvé de chiffres sur le territoire réunionnais. Or ils semblent exister, selon les entretiens réalisés dans cette thèse.

Le professeur Puig doyen honoraire de la faculté de droit et d'économie de La Réunion a cependant écrit un article sur le sujet et rappelle les manquements législatifs en la matière. « Lorsqu'elle [la loi] a voulu combattre les discriminations fondées sur la CMU, les contraintes ont été telles que la montagne a accouché d'une souris et que la loi reste largement inefficace, à l'instar de nombreuses lois de compromis inutilement complexes. » (82).

Dès 2003 déjà, le rapport de l'observatoire de l'accès aux soins de MDM mentionne des refus de soins discriminatoires de la part de certains professionnels vis-à-vis des personnes bénéficiant de la CMUc. Une enquête téléphonique anonyme auprès de 230 dentistes libéraux sur 11 villes différentes a comparé les réponses à une demande de rendez-vous selon les mêmes caractéristiques du patient hormis sa couverture maladie.

Dans près de la moitié des cas, les dentistes ont refusé de soigner les bénéficiaires de la CMU (35,3%) et AME (52,6%), alors qu'aucun n'a refusé de soigner les bénéficiaires du régime général de la Sécurité Sociale. Parmi les refus, 60,4% ont été des refus méprisants

accompagnés de commentaires tels que : « Je ne fais pas ça, moi », 27,7% ont été des refus avec un motif (comme des problèmes liés aux remboursements ou des problèmes de conventions) et 11,8% ont été des refus déguisés (comme des rendez-vous à plusieurs semaines). Sur 230 dentistes contactés, 101 ont donc refusé de soigner les bénéficiaires de la CMU et de l'AME (83).

Plus récemment en 2019, une étude montre chez 561 femmes sans domicile d'île de France une prévalence déclarée des refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME de 22,1%, toutes consultations médicales confondues (84).

Une autre étude a été réalisée en 2019 toujours, mais cette fois-ci pour la première fois à l'échelle nationale. Plus de 1 500 cabinets de dentistes, gynécologues et psychiatres ont été testés, 4 500 demandes de rendez-vous et 3 000 tests ont été réalisés dans ce cadre. Par ailleurs, elle a permis de tester pour la première fois l'accès aux soins des personnes qui bénéficient de l'ACS.

Il en résulte que plus d'un cabinet sur dix a refusé de recevoir les personnes, du fait de leur affiliation à la CMUc ou à l'ACS : 9% des chirurgiens-dentistes, 11% des gynécologues et 15% des psychiatres. L'ACS apparaît plus pénalisante que la CMUc dans les trois spécialités testées, avec jusqu'à deux fois plus de refus de soins discriminatoire pour les bénéficiaires de ce dispositif (85).

Nous avons essayé d'obtenir des données sur les refus de soins des chirurgiens-dentistes à La Réunion auprès de l'ordre des chirurgiens-dentistes sans succès.

Au niveau législatif, l'article R4127-240 du code de la santé publique demande au chirurgien-dentiste de « déterminer le montant de ses honoraires avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont, indépendamment de l'importance et de la difficulté des soins, la **situation matérielle du patient**, la notoriété du praticien et les circonstances particulières. [...] Le chirurgien-dentiste n'est jamais en droit de refuser à son patient des explications sur le montant de ses honoraires. Il ne peut solliciter un acompte que lorsque l'importance des soins le justifie et en se conformant aux usages de la profession. [...] Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux patients. » (86).

Il pourrait être intéressant **d'explorer le phénomène des refus de soins chez les chirurgiens-dentistes à La Réunion.**

Concernant spécifiquement les médecins généralistes, on retrouve un taux de refus de 19,4 % imputable à la CMUc, sur un échantillon de 217 généralistes parisiens.

L'étude était menée par l'IRDES et financée par le Fonds CMU et utilisait un protocole de testing téléphonique à deux niveaux particulièrement intéressant. Un script commun était préalablement établi, puis le protocole de base consistait à appeler le professionnel en annonçant que l'on était bénéficiaire de la CMU. Lorsqu'il y avait un refus non clairement imputable à la CMU ou une proposition de rendez-vous à très long terme, un second appel était passé par un autre acteur ne donnant pas d'information sur sa couverture sociale mais suggérant une origine sociale populaire (87).

Il semblerait que les taux de refus soient variables selon les territoires explorés (88), **il serait donc intéressant de mener une exploration sur La Réunion.**

3. Etudier les mécanismes de la barrière financière dans le renoncement aux soins à La Réunion

L'approche qualitative qui explore les vécus des personnes, peut expliquer que le facteur financier s'est avéré être un frein à l'accès aux soins de cette population, malgré les conclusions de l'étude de 2016 de l'INSEE.

Cette étude quantitative était effectuée à l'aide de bases de données des hôpitaux et de la sécurité sociale afin d'analyser le recours aux soins. On peut y lire le résultat suivant : « En règle générale, pour les plus modestes, le reste à charge du patient peut constituer un frein à se soigner. Mais cela n'est pas le cas à La Réunion. En effet, l'accès à la médecine de ville y est favorisé par la large diffusion de la CMU complémentaire (37% de la population couverte contre 7% en métropole en 2013), mais également par la généralisation du tiers-payant appliqué sur l'île depuis 2002. » (89).

Cette extrapolation des chiffres sur le comportement des personnes diverge de nos résultats. Est-ce seulement le fait d'une méthodologie différente ?

Cette hypothèse est celle soutenue par Olivier Véran : « sans nier l'existence d'authentiques zones sous-dotées, et sans en relativiser l'impact pour les populations concernées, les études, bien que régulièrement affinées, peinent pourtant à décrire une réalité qui colle au vécu des usagers, élus et professionnels du soin, dans les territoires concernés »

(90).

Il semblerait important de **mener une étude spécifique sur les barrières financières à l'accès aux soins de la population réunionnaise**, afin de cibler les personnes et les mécanismes qui entrent en jeu. Les résultats précédemment décrits mènent à penser qu'une étude explorant le vécu des personnes par des entretiens approfondis pourrait se révéler riche de sens.

IV. Pistes de réflexions et propositions d'améliorations des facteurs modifiables du renoncement aux soins

1. Renforcer les connaissances des professionnels de santé sur la précarité

1.1. Une perception tardive du besoin de consulter

La perception du besoin de consulter semblait diverger chez les personnes, si certains consultaient facilement pour un renouvellement de traitements ou un acte administratif, d'autres attendaient de ressentir une douleur voire un **niveau élevé de gravité pour aller consulter. Le médecin de « premier recours » semblait bien souvent arriver en dernier recours.** Ce retard de consultation et de soins effectifs a déjà été soulevé par les études sur le sujet (91).

Les travaux sociologiques sur le renoncement montrent bien que, « selon qui elles sont (femmes ou hommes, jeunes ou plus âgées), les personnes qui renoncent ne répondent pas de la même manière aux enquêtes sur le sujet, ne serait-ce que parce que la perception qu'elles ont de leurs besoins de soins n'est pas identique. Cette perception si elle est individuellement construite, l'est aussi socialement » (92).

En particulier, les personnes qui « renoncent depuis longtemps, qui ont parfois perdu l'idée même de pouvoir se faire soigner, n'évoquent à aucun moment des échanges avec les enquêteurs leurs besoins de soins parce qu'elles n'ont plus conscience de ces besoins » (92).

Ainsi la quinzième personne rencontrée a mentionné l'anesthésie corporelle liée à l'exclusion décrite par Jean Furtos : « *Mi sens plus. Maintenant mi ressens plus* » (P-15).

En effet, dans son dossier sur les **effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale** (22), Furtos détaille un syndrome qu'il a nommé « **syndrome d'auto-exclusion** » ayant des particularités sociales et psychologiques. Il a développé sa théorie « à partir de l'observation de nombreuses situations envisagées sur leur versant psychosocial, confrontée avec l'expérience d'autres cliniciens sur le versant psychologique comme sur le versant social. »

Ce syndrome possède une double signification. L'une sociale devant l'exclusion du sujet par la communauté et l'autre psychologique, le terme « auto » renvoyant à une activité psychique autonome. « Tout en subissant la situation d'exclusion, le sujet a la capacité d'exercer sur lui-même une activité pour s'exclure de la situation, pour ne pas la souffrir, transformant

ainsi le subir en agir. »

La dynamique du syndrome débute par un découragement (relevé dans cette thèse) qui se transforme ensuite en désespoir absolu avec la disparition du pouvoir d'agir sur le présent ou sur l'avenir. **Nous faisons l'hypothèse que c'est justement pour se prémunir de cette évolution que nous avons retrouvé aussi fortement le thème du besoin d'autonomie dans le parcours de soins.**

Les signes de ce syndrome toujours selon Furtos s'observent par une déshabitation de soi-même qui s'opère afin de se protéger. Le premier signe étant celui d'une hypoesthésie voire une anesthésie corporelle, qui empêche d'être affecté par des émotions à expression corporelle. Le deuxième signe est celui d'un émoussement affectif et le troisième une inhibition intellectuelle due au clivage du moi (22).

L'étude de cette clinique psycho-sociale montre la nécessité pour les soignants d'aller au-delà de la demande exprimée notamment chez les personnes en situation de grande précarité.

1.2. Prendre en compte le vécu des personnes englobant les facteurs de précarité, et les interactions sociales en consultation

En explorant les représentations de la maladie nous avons trouvé plusieurs sens. Si certains voyaient la maladie comme la résultante de comportements ou de questionnements perpétuels en lien avec la précarité, d'autres pouvaient la voir comme une punition divine ou une fatalité. L'impact de la maladie était surtout ressenti sur la capacité à agir et l'immobilité qu'elle entraînait.

Ces différences nosologiques, et notamment celles qui ont recours à des images magico-religieuses questionnent la **place de la transculturalité dans la consultation médicale** et donc de la formation des médecins à la transculturalité.

Le soin transculturel est défini par Marie-Annick Grima (responsable de la consultation de psychothérapie transculturelle de Saint Denis) comme « Une clinique de l'altérité qui admet un seul et unique préjugé : celui de la différence comme symbole de la diversité et de la créativité du monde et impose une seule attitude, celle de la reconnaître, de la nommer pour la partager et s'enrichir de la rencontre avec cet Autre différent de nous » (93).

A La Réunion, deux consultations de psychothérapie transculturelle existent, l'une dans le Nord et l'autre nouvellement créée par Ségolène Meyssonier dans le Sud à Saint Pierre. Cette

équipe en plus de proposer une consultation transculturelle située en second recours dans l'accompagnement des patients, propose aussi des formations à la transculturalité pour les soignants de premier recours.

Participant à cet apport de compétences pour les soignants, nous nous devons de mentionner l'existence du Diplôme universitaire d'Ethnomédecine mis en place à La Réunion (exclusivité européenne) par Laurence Pourchez. Ce cours à travers une approche notamment de **l'anthropologie médicale et de l'ethnomédecine**, permet de comprendre la diversité de sens concernant la maladie et de prendre en compte les savoirs profanes en complément bien sûr de la biomédecine.

L'application dans la médecine clinique de l'anthropologie médicale n'est plus à prouver. « Etant donné la diversité croissante des patients, il devient de plus en plus important pour les médecins de comprendre les facteurs sociaux et culturels qui influencent leur santé et leur prise en charge. Dans un contexte multiculturel, une prise en charge médicale centrée sur le patient pose des défis spécifiques et exige que les cliniciens aient une « compétence transculturelle clinique », c'est-à-dire qu'ils adoptent un comportement adapté et disposent de connaissances et de techniques appropriées. Les concepts et le point de vue de l'anthropologie médicale permettent de mieux cerner la nature interculturelle de la consultation médicale et de concevoir et appliquer des méthodes qui assurent un suivi médical judicieux. » (94).

Il est important de distinguer ici culture et ethnicité ou nationalité. « La culture se fonde sur les expériences uniques d'individus dans la mesure où ceux-ci partagent des trajectoires communes ».

« Imaginer les sociétés (nations, groupes ethniques) comme des mosaïques formées de nombreuses cultures entremêlées et en perpétuelle évolution peut être utile aux cliniciens dans la mesure où cette image aide à éviter les stéréotypes et favorise la recherche des caractéristiques culturelles pertinentes pour chaque patient. »

Nos résultats prennent sens à travers **le modèle explicatif** développé par Kleinman qui est un des concepts d'anthropologie médicale le plus cité. « Les personnes conçoivent leur maladie uniquement à travers leurs expériences sociales et personnelles. Ce faisant, ils créent chaque fois qu'ils sont malades leur propre modèle explicatif des causes, de la signification, de l'évolution, des mécanismes, des diagnostics, de l'action des traitements et des conséquences de la maladie. » (94).

Les modèles explicatifs de la maladie ou de la santé sont utilisés par les personnes malades, les familles, les thérapeutes, les communautés et les sociétés pour référer à l'étiologie d'une maladie, à ses symptômes, sa physiopathologie et son évolution et pour déterminer les interventions ou les approches thérapeutiques qui semblent les plus adéquates. Ces modèles sont nombreux et peuvent varier entre et à l'intérieur des sociétés, des systèmes de médecine, des communautés, des professions, des spécialités et des individus. « Toutefois, ils sont invariablement liés à des comportements humains (péchés, transgressions d'interdit, comportements à risque, mauvaises habitudes de vie, etc.). » (95)

Pour bénéficier d'une certaine acceptabilité, le choix du modèle explicatif doit correspondre à plusieurs conditions :

- aux représentations sociales en cours ou en émergence dans un milieu donné,
- aux logiques qui articulent les systèmes de savoirs et les systèmes de médecine,
- aux expériences de la personne malade, de ses proches et des thérapeutes
- à la possibilité d'accéder au système de médecine correspondant dans l'espace thérapeutique du patient (95).

Dans notre étude, ces modèles explicatifs propre à chaque personne ressortaient à travers l'analyse des représentations de la maladie.

Par exemple, l'addiction à une substance était une cause de maladie particulièrement citée, et touchant plusieurs personnes de notre échantillon. Le travail dans des conditions pénibles expliquait aussi la maladie pour ces personnes exposées à des travaux précaires et difficiles. Autre exemple, la charge mentale que doit subir une personne en situation de précarité pouvait expliquer l'importance de cette thématique dans la vision de la maladie.

Toutes ces expériences vécues, influaient sur le modèle explicatif de chacun.

La douzième personne entretenue nous parlait de l'addiction comme origine de la maladie, souffrant lui-même d'une addiction : « *Maladie ? [...] problème d'alcool, problème de drogue, ça peut être ça.* ». Ainsi que du sucre « *Après, la maladie [...] cela peut être la nourriture, le diabète, le sucre.* », nous confiant avant de partir que sa mère était atteinte d'un diabète.

Nous faisons l'hypothèse que la plus large diffusion, en formation initiale et continue, de connaissances anthropologiques permettrait de décoder les différents

modèles explicatifs de la maladie auxquelles peuvent faire références les personnes en situation de précarité. Cette hypothèse pourrait être vérifiée par de nouvelles études sur La Réunion.

1.3. Améliorer la communication par un renforcement des compétences

Une **méconnaissance de certains acteurs** du système a été pointée notamment en termes d'accès aux droits. Nous avons nous-même pu découvrir lors du travail de cette thèse les particularités de chacune des couvertures sociales et les conditions inhérentes à leur renouvellement.

Cette problématique a déjà été soulevée dans le champ de la sociologie lors d'études dans les cabinets médicaux : « Est malgré tout mis en lumière le manque de formation et de réflexion du corps médical sur ces dimensions, entraînant une perte de références communes sur ces sujets et l'impossibilité de se situer en l'absence de recommandations de bonne pratique. » (81)

Une thèse de médecine de 2010 allait dans le même sens en explorant les représentations des internes de médecine générale d'île de France. Elle retrouvait qu'un interne sur deux ne savait pas que les dépassements d'honoraires ne pouvaient pas être appliqués à un patient bénéficiaire de l'AME, et qu'un interne sur cinq avait le sentiment que les bénéficiaires de l'AME et de la CMUc abusaient du système (96).

Afin d'améliorer ces connaissances, des enseignants ont proposé des cours dans les facultés pour sensibiliser les étudiants, à l'image du cours déjà en place au département de médecine générale de La Réunion (97).

Mais ces cours ont-ils permis un changement des pratiques ?

Nous faisons l'hypothèse que cette acquisition de compétences pourrait permettre de diminuer les situations de stigmatisation et de refus de soins et renforcer la confiance des personnes dans les soignants. C'est d'ailleurs ce qui a été conclu par une étude sur « les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires » (91).

L'étude INTERMEDE de 2008 nous propose une prise de conscience sur les **interactions socialement construites entre médecins et patients**, grâce à une méthode mixte de recherches englobant une analyse épidémiologique, sociologique, économique,

textométrique et linguistique. La recherche utilisait un dispositif de mise en miroir des perceptions du médecin et du patient sur la même consultation (98).

L'étude met en lumière « le rôle joué par la distance sociale perçue par le médecin dans le désaccord médecin-patient sur l'évaluation de la santé perçue du patient. Alors que la distance sociale perçue par le patient ne jouait aucun rôle statistiquement significatif. A l'inverse, les deux acteurs avaient plus de chance d'être en accord quand aucune distance sociale n'était perçue. »

Les résultats issus des analyses épidémiologiques ont révélé que **la perception d'une certaine proximité sociale, ou au contraire d'une certaine distance, pouvait influencer l'interaction médecin-patient** et favoriser leur accord ou au contraire participer à la genèse de désaccords sur le contenu de la consultation.

Les résultats suggèrent que, « pendant la consultation, une distance sociale perçue entre médecin et patients augmenterait le risque de malentendus à propos des symptômes, du profil évolutif, du contexte, des attentes du patient conduisant à des décisions moins adaptées, voire préjudiciables aux patients pour lesquels une distance serait ressentie. »

Ce problème de **langage commun** était soulevé également par Sylvie Fainzang. « Au cœur des malentendus », dit-elle, « résident des problèmes de langage en partie - mais en partie seulement - liés à un maniement de la langue différent selon les niveaux socioculturels des protagonistes, ou à l'usage par l'un d'un jargon médical méconnu de l'autre » (99).

Une revue systématique évaluant le rôle du niveau socioéconomique du patient sur la communication entre médecins et patients révèle que **les patients de plus bas niveau socioéconomique reçoivent moins d'informations et de conseils** de la part du médecin, l'entretien est plus directif et moins participatif (100).

En adoptant un **modèle délibératif en consultation**, Caroline de Pauw montre que les médecins généralistes peuvent atténuer les effets négatifs des inégalités sociales sur la santé, « en permettant au patient d'améliorer son propre contrôle sur sa santé et son environnement, la perception de son corps et de sa propre valeur, et en lui permettant d'expérimenter une relation de soin réussie et non stigmatisante » (81).

Le modèle délibératif est décrit comme ayant pour objectif « d'aider le patient à choisir une décision en faisant un rapport santé/valeurs au vu de la situation clinique. Le médecin doit présenter les différentes options et l'aider à percevoir les différentes croyances ou valeurs

associées. ». Pour l'auteure, le médecin vise « l'auto-développement de son patient qui est encouragé à dialoguer pour adopter des nouvelles valeurs ayant un bénéfice attendu en matière de santé ».

Ce modèle délibératif s'appuie notamment sur l'apprentissage des entretiens motivationnels déjà enseigné à la faculté de médecine de La Réunion.

A la lumière de l'étude INTERMEDE, il passe aussi par une **réflexion personnelle** chez les médecins pour « apprendre à mieux se connaître, à reconnaître ses propres valeurs, ses motivations, ses émotions, ses peurs, ses souffrances, ses représentations des malades et du soin et ses propres limites, ce qui pourrait aider les professionnels à s'interroger sur leur façon de communiquer. Une telle formation aurait également pour objectif de prendre conscience des anticipations positives et négatives à l'égard de certains patients et pourrait ainsi consciemment écarter les « a priori » associés de manière plus ou moins automatique à la catégorisation sociale. » (98).

Nous pensons qu'un développement de la formation initiale et continue des professionnels, tant sur la relation de soins, les conditions administratives de l'accès aux droits que sur les déterminants sociaux de la santé, serait bénéfique pour réduire les ISS. C'est d'ailleurs ce que recommande depuis 2009 le HCSP (5).

Cette formation devrait intégrer la **prévention** comme un drapeau rouge chez les personnes en situation de précarité, afin de prendre conscience de la nécessité de la prévention pour pallier le recours tardif aux soins. « La délivrance de conseils par le médecin généraliste [...] représente une dimension sensible de la consultation, et l'influence de la concordance/discordance de la distance sociale perçue doit être prise en compte par le médecin lors de la première consultation puis lors du suivi de ses patients. » (98)

Enfin, **l'interconnaissance des professionnels** travaillant auprès des populations en situation de précarité est indispensable. C'est ce qu'explique Frédéric Léal qui avec l'aide de ses réseaux associatifs, libéraux, hospitaliers, médico-sociaux et juridiques va construire une réponse globale aux demandes complexes des patients en situation de précarité (101).

Cela peut passer par une structure physique rassemblant ces professionnels comme en témoigne le docteur Larpin qui exerce dans une microstructure financée par l'ARS permettant de proposer gratuitement des consultations psychologiques et sociales en complément des consultations médicales (101).

Mais cela passe aussi dans le même article par la consolidation du **réseau ville-hôpital** qui apparaît utile pour le docteur Bauduceau, avec la création d'une permanence médico-sociale hebdomadaire « précarité ».

2. Consolider la confiance

L'analyse de la population de notre étude met en évidence un **manque de confiance dans le système chez 70 %** des personnes, ce qui est confirmé au sein des entretiens.

Les patients ont majoritairement été adressés par des travailleurs sociaux, malgré la forte sollicitation des personnels médicaux. Il serait intéressant d'analyser les raisons de cette sélection d'orientation.

Nous postulons deux hypothèses qui devraient être vérifiées. La première est que les patients se sentent plus en confiance avec les travailleurs sociaux qui les accompagnent et moins avec les soignants qu'ils rencontrent dans des structures de soins. La seconde est que les travailleurs sociaux sont plus sensibilisés aux problématiques des personnes en situation de précarité que les personnels soignants.

Nous avons vu que le vécu de stigmatisation ou de refus de soins engendrait une méfiance vis-à-vis des professionnels médicaux et diminuait la confiance dans les soignants, pointée comme préalable obligatoire.

L'étude n'a cependant pas exploré la confiance du côté des soignants. L'établissement de la relation thérapeutique souffre-t-il également d'un défaut de confiance vis-à-vis des patients en situation de précarité ?

Une enquête a déjà étudié la question en explorant les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires (91). Il semblerait que les soignants confrontés de manière plus régulière aux situations de précarité ou bien formés à celles-ci (appelés « experts » dans cette étude) arrivent à construire des relations plus « satisfaisantes » que les autres médecins.

Dans notre étude la confiance semblait professionnel-dépendant, ce qui peut s'expliquer en partie car « les représentations médicales en matière de précarité semblent marquées non par le savoir acquis pendant leur cursus, mais bien par l'expérience personnelle au travers des trajectoires personnelles (familiales et sociales) et du lien d'exercice » (96).

Pour diminuer cette disparité, nous pensons que la mise en place **de médiation en santé par la diffusion du modèle de pairs-aidants** pourrait contribuer à renouer la confiance chez certaines personnes exclues du système de soins.

La médiation en santé est promue depuis plusieurs années par la HAS qui a publié un référentiel en octobre 2017. « [la médiation en santé] permet de faire l'intermédiaire entre les personnes très éloignées du soin et les structures de santé. Elle vise à renforcer la capacité des personnes à s'inscrire et à se saisir de leur parcours de santé, se l'approprier et s'y autonomiser. La médiation en santé a fait ses preuves auprès de publics en situation de précarité, aussi bien pour les habitants des zones rurales que des bidonvilles. » (102)

Le modèle de pair-aidant renvoi lui « à la théorie de l'apprentissage social, cette approche suppose que les personnes qui vivent des expériences similaires représentent des modèles plus crédibles pour stimuler des changements positifs chez leurs pairs » (103).

Le pair-aidant est défini par les équipes québécoises dans le champ de la santé mentale comme « un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue [judicieusement auprès de ses pairs et de son équipe de travail] qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues. » (103)

La mise en place des **équipes mobiles santé mentale précarité** se trouve également dans une démarche d'aller-vers pour renouer le lien. Leur fonctionnement est décrit comme « non réadaptatif, ni rééducatif, même si la réinsertion d'un sujet désocialisé par sa pathologie et/ou par certaines formes d'exclusion ou de marginalisation sociale fait partie [du] projet thérapeutique. Le soignant est accompagnant d'un travail sur soi, par lequel l'individu cherche à se constituer en sujet, à définir ses propres normes, c'est-à-dire ce qui fait norme pour lui et affiliation. » (104)

Une équipe est déjà existante dans le Nord de La Réunion et est en train de voir le jour dans le Sud.

3. Favoriser l'accès aux soins dentaires et à la prévention.

Le renoncement aux soins dentaires a été particulièrement soulevé par les personnes de cette étude. Il était une conjonction de facteurs financiers, administratifs, de mauvaises expériences et de refus de soins.

Cette problématique est conforme aux données de l'enquête « recours aux soins » à La Réunion en population générale. Elle annonçait un taux de renoncement aux soins dentaires de 21,4 % (7).

Les difficultés d'accès aux soins dentaires de ces populations ont déjà été soulevées par Didier Hassoun qui écrit que « pour les populations précaires, la santé n'est pas une priorité, et particulièrement au niveau des affections buccodentaires » (105).

Afin de pallier cette problématique, des dispositifs innovants dans la même logique que ceux vu précédemment existent. Citons notamment en métropole la création en 1996 d'un bus social dentaire. « Les praticiens bénévoles ont aussi pour but de réconcilier des personnes en rupture de soins avec une profession vécue souvent de façon très traumatique par nombre d'entre eux. C'est une structure d'urgence dentaire et sociale, qui a pour rôle de susciter une possible réhabilitation orale et sociale. Le Bus Social Dentaire doit être une passerelle spécialisée d'accès aux soins amenant progressivement les patients exclus vers des structures plus générales. » (106)

Ainsi à La Réunion, la création d'une **consultation mobile dentaire ou d'une PASS dentaire** pourrait contribuer à diminuer les problèmes d'accès aux soins dentaires.

Du côté des politiques publiques certaines mesures commencent à émerger pour surmonter cet obstacle. Notamment avec l'entrée en vigueur du **100% santé dentaire** au 01 Janvier 2020 qui oblige les chirurgiens dentiste à proposer des prothèses dentaires (couronnes et bridges) sans reste à charge, intégralement remboursés. Le panier de soins devrait être complété par d'autres prothèses (amovibles en résine) au 01 Janvier 2021 (107).

Concernant la prévention dentaire, des avancées sont faites avec le programme « **M'T dents** », pris en charge à 100% par l'assurance maladie, et sans avance de frais. Il consiste en un examen bucco-dentaire pour les enfants de 3 à 24 ans, permettant de détecter les besoins de soins et de les prendre en charge, une fois tous les trois ans (108).

Un examen bucco-dentaire est également prévu pour les femmes enceintes sans prise en charge des soins si nécessaires.

Cependant on ne peut que déplorer une nouvelle inégalité devant la prévention puisque les enfants bénéficiaires de l'AME n'ont aucun accès à ce dispositif (109), alors même que les études ont montré un besoin de prévention important dans cette population (75).

4. Limiter la barrière administrative par différentes propositions

Ces résultats mettent en évidence les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes en situation de précarité pour faire valoir leurs droits et en assurer la continuité, dans le temps. Ces difficultés augmentent les risques de ruptures de soins et de retards diagnostiques ou thérapeutiques. Le Défenseur des Droits soulignait déjà en 2014 ce risque de non-recours aux droits et aux soins (110).

« La probabilité d'être en non-recours est 1,8 à 2 fois plus élevée lorsque les personnes n'ont aucune complémentaire santé. Cette situation concerne essentiellement les actifs précaires et s'explique principalement par la pauvreté des revenus ». (28)

4.1. Simplifier les démarches pour renouveler les droits à l'assurance maladie.

Un des points saillants de cette étude est le frein administratif au recours aux soins. Le problème lié au renouvellement de la CMUc a été soulevé régulièrement.

Ce résultat est compatible avec ce qui a pu être lu dans la littérature. « Les personnes vivant des situations de précarité professionnelle avec des niveaux de revenus instables sont amenées à changer de couverture sociale fréquemment, la CMU étant recalculée chaque année. Ces ruptures dans la continuité des droits ne sont pas propices à un engagement dans des soins de longue durée. » (111)

Une personne a proposé un renouvellement automatique des droits lorsque la situation n'a pas changé. C'est actuellement chose faite depuis le 01 Avril 2019 mais seulement pour les détenteurs du RSA qui voient leurs droits se renouveler automatiquement (112).

Cette avancée pour une stabilité de l'accès aux droits se fait encore aux détriments de certaines populations en situation de précarité.

4.2. Fusionner la CMUc et l'AME

C'est justement afin de ne laisser aucune population à l'écart que plusieurs associations et collectifs proposent une fusion de la CMUc et de l'AME : « La mise en place d'un dispositif unique, simplifié et sans risque de rupture est la seule garantie d'une politique de santé publique efficace et égalitaire et serait un outil de lutte contre les refus de soins dont les titulaires de l'AME sont encore plus victimes que ceux de la CMU-CMUc » (113).

C'est également une recommandation de 2014 du Défenseur des Droits : « Reconsidérer la dualité des dispositifs CMU/AME pour simplifier les modalités d'intervention des CPAM, les démarches administratives des professionnels de santé et faciliter l'accès à la médecine de ville des bénéficiaires actuels de l'AME » (110).

En 2019, il mentionnait l'AME comme « un dispositif dérogatoire réservé aux seuls étrangers en situation irrégulière [qui] favorise le développement de pratiques discriminatoires et s'avère in fine couteux pour la collectivité » (114).

Cette inclusion de l'AME au régime général de la sécurité sociale permettrait de donner accès aux personnes étrangères à un médecin traitant ce qui n'est pas le cas actuellement. Nous voyons d'ailleurs dans cette étude que 4/5 des personnes sans médecin traitant sont d'origines étrangères.

4.3. Mettre en place une PASS de ville

Face à ce constat, nous suggérons qu'un **dispositif de PASS de ville** pourrait être mis en place à La Réunion, à l'image de celui créé à Marseille en 2019 par MDM et l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Médecins libéraux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (115).

Cette permanence de soins est décrite comme « une solution pour lutter efficacement contre le renoncement aux soins, qui touche particulièrement les plus démunis. Pris en charge par des médecins de ville, ces patients peuvent ainsi bénéficier d'un parcours de soins complet (pharmacie, laboratoire, radiologie...), sans en avancer les frais, le temps d'obtenir une couverture maladie. »

Une convention entre les professionnels de santé et l'assurance maladie permet de garantir aux patients une couverture sociale effective sous quinze jours. Les professionnels diffèrent leurs paiements le temps que les droits soient ouverts.

« Si la couverture maladie ne peut être obtenue, alors la PASS de ville finance les honoraires et factures grâce à l’enveloppe financière PASS prévue par les textes officiels pour les patients non éligibles à une couverture maladie. » (115)

Le projet est accompagné d’une recherche intitulée EFFI-PASS actuellement en cours en lien avec l’université de Marseille (Service de Santé Publique -APHM ; EA3279-CEReSS-AMU) pour évaluer son impact.

Ce dispositif permettrait de réinsérer les personnes étrangères notamment sans sécurité sociale dans un dispositif de soins ambulatoires et d’éviter que leur seul recours ne se trouve à l’hôpital comme ont pu en témoigner certaines personnes de cette enquête.

4.4. Informer sur l’existence d’une Ligne Urgence Précarité

A La Réunion, un dispositif existe depuis le 01 décembre 2017, c’est le Plan Local d’Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des Ruptures (PLANIR), mené par la Caisse Générale de Sécurité Sociale de La Réunion (CGSS). Au sein de celui-ci la **Ligne Urgence Précarité** est une ligne téléphonique dédiée aux professionnels de santé (médecins généralistes et pharmaciens) qui permet de signaler des personnes rencontrant des difficultés liées à l’accès aux droits empêchant l’accès à des soins urgents. Si la personne peut bénéficier de droits, ils sont ouverts en quarante-huit heures par les agents de la CGSS (59).

En 2018, 93 situations ont été signalées sur toute l’île de La Réunion, ce qui semble assez faible au regard des chiffres de renoncement aux soins sur La Réunion (7).

La connaissance de cette ligne téléphonique serait à évaluer chez les professionnels, et la résolution des situations administratives grâce à celle-ci à explorer.

4.5. Mettre en place un droit à la sécurité sociale pour tous à Mayotte

Dans cette étude, des personnes bénéficiaires de la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) ont mentionné une difficulté à faire valoir leurs droits à La Réunion.

La Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) est un organisme multi branches de droit privé chargé d’une mission de service public. Elle recouvre des cotisations sociales et

verse des prestations sociales sur le territoire de Mayotte. C'est l'équivalent de la CGSS de La Réunion.

Mais, Mayotte, département français depuis 2011, fait office d'exception dans le droit à la sécurité sociale notamment du fait de l'absence de la CSS (ex CMUc) et de l'AME qui laisse une part importante de la population sans couverture maladie. **Cette exception entraîne de fait une iniquité en santé, qui rejaillit sur les personnes affiliées à la CSSM se retrouvant à La Réunion sans droits de base ouverts malgré leurs ressources limitées.**

Pourtant ce manquement en termes de droits d'accès pour tous à une sécurité sociale est contesté régulièrement dans le monde politique (116), celui de la recherche (117), et celui des associations (118), (119).

5. Faciliter l'accès aux soins des personnes passant par le dispositif EVASAN

Le processus légal d'EVASAN des Comores jusqu'à Mayotte est décrit comme complexe, payant pour les patients et soumis à une procédure lourde et longue le rendant quasi irréalisable (118,120).

En 2013, 136 demandes ont été faites au comité EVASAN du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) et seulement 35 patients sont arrivés de manière programmée. Alors que sur cette même année, en l'espace de six mois, 276 patients ont été inclus dans la population arrivée pour raisons sanitaires avec des embarcations de fortunes (kwassas-kwassas) aux urgences du CHM, soit presque dix fois plus (117). Ces chiffres confirment donc la difficulté d'accès à des soins médicaux de façon légale depuis les Comores vers Mayotte.

Face à cette barrière d'une EVASAN légale, et face à la peur d'une interpellation et d'un renvoi aux Comores, les personnes malades en situation irrégulière consultent tardivement. De plus le plateau technique mahorais étant limité, des personnes à l'état médical trop avancé doivent recourir à une EVASAN entre Mayotte et La Réunion. En 2018, 1006 EVASAN ont eu lieu dont 311 enfants. 54 % de ces enfants n'ont pas bénéficié d'un accompagnement familial (118).

Lorsqu'un accompagnement familial a été réalisé, la plupart du temps, un seul parent accompagne l'enfant qui nécessite parfois des soins de longue durée à La Réunion.

C'est le cas pour la première personne que nous avons interrogé. Le père de l'enfant

en situation irrégulière à Mayotte n'a pas eu la possibilité de venir accompagné de son épouse elle-même en situation irrégulière qui a été expulsée dans la suite vers les Comores. L'enfant a ainsi été privé du soutien et de l'accompagnement de ses deux parents qui serait nécessaire à un bon développement.

Comme nous l'avons vu précédemment, Mayotte fait office d'exception dans le droit à la sécurité sociale. Le droit au séjour des étrangers est lui aussi dérogatoire puisque les titres de séjour délivrés à Mayotte ne sont pas valables sur le reste du territoire français.

Cette carence explique la situation de précarité sanitaire des personnes étrangères malades arrivant depuis Mayotte vers La Réunion. Une fois arrivée sur le territoire réunionnais, le statut de « sans-papiers » prive ces personnes de prestations familiales qui seraient par exemple vitales pour ce père de famille sans ressources rencontré lors de l'étude.

L'accès aux prestations familiales pour les parents étrangers est en effet soumis à deux conditions (121) :

- une condition de régularité au séjour, excepté les personnes détentrices d'un récépissé remis pour l'instruction d'une première demande.
- une condition d'entrée de l'enfant par le biais d'un regroupement familial, ce qui n'est pas le cas des enfants évacués pour raison médicale.

Ces deux conditions ne sont pas celles d'une grande partie des personnes bénéficiant d'une évacuation sanitaire, et les maintiennent donc dans des conditions de précarité. En atteste une thèse de 2017 qui étudie les évacuations sanitaires au départ de Mayotte vers le CHU de La Réunion sur l'année 2015. L'auteur retrouve un taux de non-affiliation des personnes étrangères à la sécurité sociale de 67 % sans en explorer les raisons (122).

En plus de cette inégalité d'accès aux aides sociales, une **inégalité d'accès aux droits au séjour** a été mise en évidence par la Cimade. Il a pu arriver par le passé que des documents d'identité officiels soient confisqués par des professionnels dans le cadre d'une démarche EVASAN et empêchent le patient de demander son titre de séjour pour raison de soins (118).

Il est donc à noter que tout patient étranger malade ou parent d'enfant étranger malade arrivé sur le territoire réunionnais par le système EVASAN peut demander un titre de séjour pour raison de soins. La démarche est longue et bien codifiée. (La même démarche étant réalisée pour une demande de titre de séjour d'un étranger « parent d'enfant malade »). Elle est

présentée dans la figure 24.

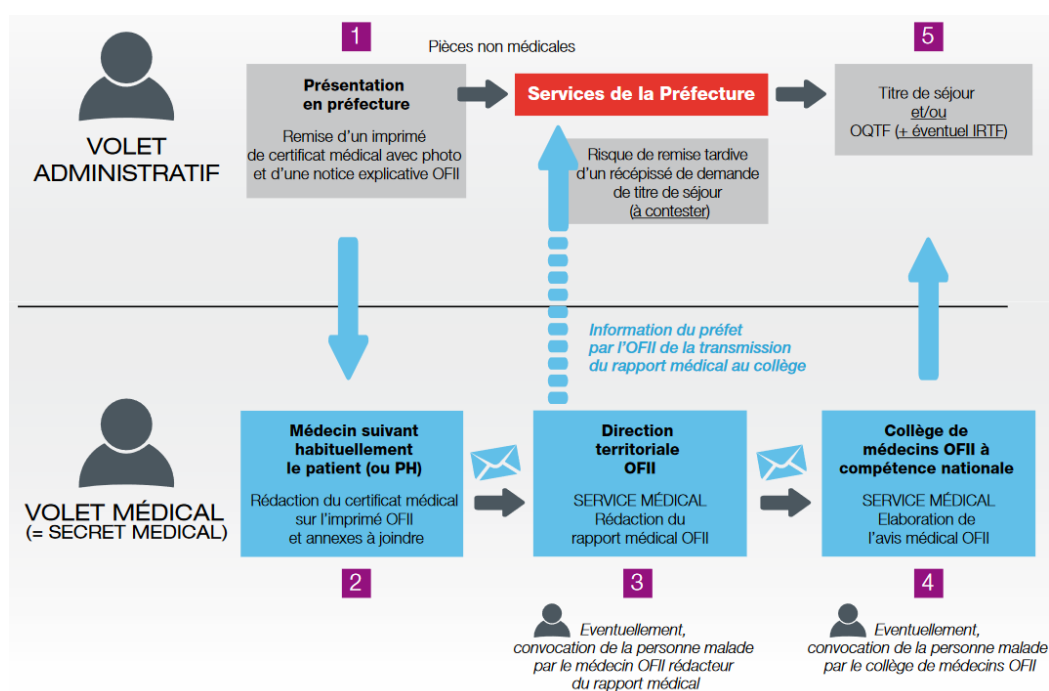


Figure 24 : Démarches à suivre pour demander son admission au séjour pour raison médicale selon l'OCDE (123)

A La Réunion, plusieurs entraves à ce droit ont déjà été soulevées. Ainsi « le récépissé pour première demande de titre de séjour est rarement délivré spontanément dans les délais prévus par la loi » et « la préfecture délivre une carte de séjour de six mois au lieu d'une carte de séjour temporaire d'un an » (118).

La CIMADE dans un courrier adressé au défenseur des droits Monsieur Jacques Toubon le 26 septembre 2019 écrivait : « Ce retard dans la délivrance d'un document administratif, permettant l'affiliation à la PUMA, n'est pas sans conséquence sur la prise en charge médicale. En effet, en l'absence de couverture sociale complète et effective à La Réunion, l'accès aux soins, notamment extrahospitaliers, de ces personnes étrangères malades est impossible » (124).

Ces données étant la plupart du temps méconnues par les soignants, **la conception et la diffusion d'une fiche récapitulative des droits en matière de séjour** pour les accompagnants des personnes bénéficiant d'une EVASAN pourrait faire l'objet d'un travail de thèse par exemple.

Enfin, les populations migrantes ont mentionné le rôle primordial joué par les

associations afin de rentrer dans le système de droit commun. Ce rôle pourrait être renforcé par les institutions publiques, notamment en **revalorisant les moyens alloués aux PASS**, afin d’agir de façon encore plus efficiente et au plus près des personnes concernées.

Pour exemple dans le Sud de La Réunion, le bassin composé de 10 communes est évalué au 01 Janvier 2019 à un peu plus de 300 000 personnes (125). Une seule PASS existe dans ce secteur à Saint Pierre composée depuis peu d’un Equivalent Temps Plein (ETP) médical, un ETP d’assistante sociale, un ETP d’éducateur spécialisé, un ETP d’infirmière et un demi-ETP de secrétaire.

6. Organiser son cabinet pour limiter le renoncement

Dans les entretiens nous n’avons pas retrouvé de préférence de consultations avec ou sans rendez-vous. Certaines personnes préféraient des consultations sans rendez-vous qui semblaient diminuer les délais alors que d’autres préféraient appeler et avoir leur rendez-vous sans patienter en salle d’attente.

La littérature confirme ce résultat : « Il apparaît que les rendez-vous ne sont pas réservés aux patients des secteurs favorisés ou des classes moyennes. Dans les secteurs défavorisés aussi les patients apprécient la possibilité de choix entre rendez-vous et consultations libres » (81).

Ainsi une solution d’organisation du cabinet pour faciliter l’accès aux soins des personnes en situation de précarité serait de **proposer des plages avec et sans rendez-vous**.

7. Améliorer la communication et la compréhension mutuelle en ayant recours aux interprètes en ville

Concernant les difficultés de communication, les résultats rejoignent les écrits de Sylvie Fainzang pour qui les difficultés de communication entre le médecin et ses patients peuvent être expliquées par une plus grande distance sociale, une moindre connaissance des processus biologiques et une moindre information délivrée aux patients les plus défavorisés (99).

Les personnes migrantes ont soulevé la problématique de la compréhension dans les consultations qui pouvait altérer l’accompagnement médical.

Ce résultat est concordant avec le rapport de MDM de 2019. « En 2018, 16,1 % des personnes rencontrées évoquent la barrière linguistique comme principal obstacle à l’accès aux

soins. Un tiers des personnes accueillies dans les CASO ont exprimé un besoin d'interprète. Dans ces programmes, MDM fait appel à des interprètes professionnels et aux compétences de traduction des membres de ses équipes. Ces résultats soulignent, une fois encore, les besoins en matière d'interprétariat professionnel dans l'ensemble des institutions (administrations et structures médicosociales) mais également en médecine de ville afin de permettre une prise en charge optimale. » (32)

C'est également l'avis de la HAS puisqu'elle « considère que seul le recours à un interprète professionnel permet de garantir d'une part, aux patients/usagers les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical » (126).

Afin de faciliter l'échange pendant la consultation, **un dispositif d'interprètes professionnels téléphoniques pourrait être mis en place en ambulatoire** comme cela a été fait avec l'URPS Franche Comté (127).

8. Construire une démarche communautaire en santé

Ces différentes problématiques pourraient être réfléchies, repensées et surmontées par l'ouverture d'un **centre de santé communautaire** à l'exemple des centres qui émergent en métropole : la « Case de santé » à Toulouse, la « Place santé » à Saint Denis, le « Village 2 santé » à Echirolles, le « Château en santé » à Marseille, « Santé commune » à Vaulx en Velin...

Ces centres s'inspirent d'une démarche communautaire afin de repenser le soin avec les patients (128). Ils considèrent que les conditions sociales et administratives des personnes influencent directement leur santé, et qu'une démarche de santé globale ne peut se passer d'un travail conjoint avec des travailleurs sociaux et médiateurs en santé.

Ils s'adressent à une population parfois trop oubliée des services publics et s'ancrent dans les territoires afin de cocréer ensemble les conditions d'une meilleure santé. **Ils élargissent le champ du soin médical aux conditions sociales et politiques, en détricotant une à une les inégalités sociales de santé et en proposant une offre de soins de proximité.** Ils permettent de « renforcer le lien d'appartenance et la capacité d'agir pour engrener les solutions les plus efficaces ».

Ceux qui accompagnent les mouvements de « santé communautaire » disent unanimement que « peu importe l'échelle de territoire, il faut du temps, de l'écoute active et du savoir mettre en relation pour créer ce lien d'appartenance et cette capacité d'agir ensemble qui est le terreau spécifique d'une action communautaire de santé. » (128)

Les études explorant le vécu des médecins généralistes concernant l'accompagnement des patients en situation de précarité semblent aller dans ce sens : « Les pôles de santé multiprofessionnels apparaissent être une organisation exemplaire pour répondre à la fois à la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire, à la contrainte du temps et à la nécessité d'aller au-delà de la demande de soins » (91).

Les déterminants à la création d'un tel dispositif sont listés par l'Institut Théophraste Renaudot (129) :

- Un ensemble de personnes, touchées pour un problème commun, participant ensemble aux actions et à leur construction ;
- Un repérage collectif des problèmes, des besoins et des ressources (le diagnostic communautaire) ;
- La participation ouverte à tous les acteurs concernés : spécialistes, professionnels, administratifs, politiques, usagers.

Cette solution rentre d'ailleurs complètement dans le Programme pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS) 2018-2023 de La Réunion (130).

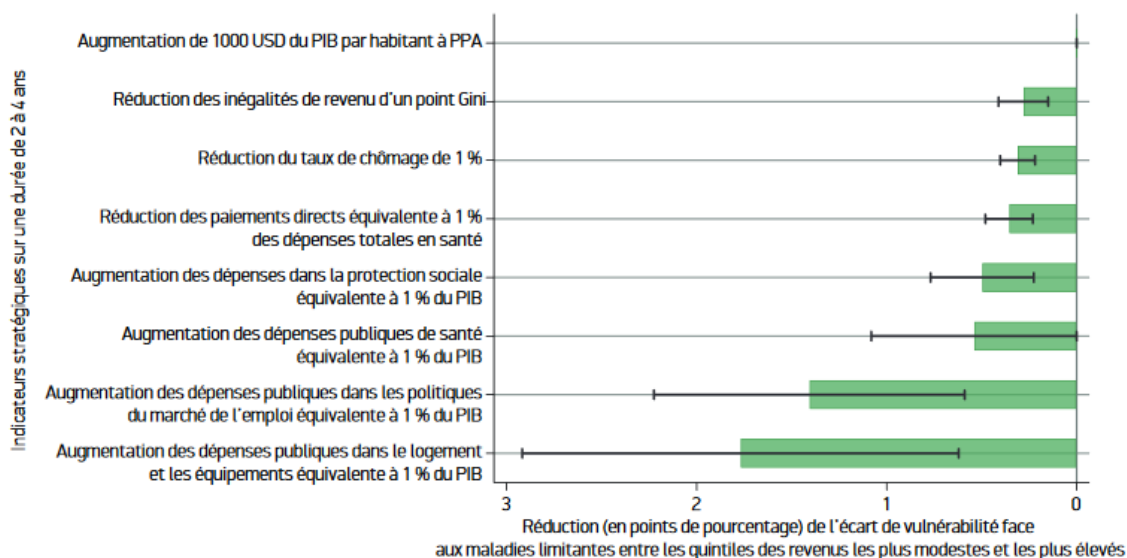
Un des principaux axes étant : « La mobilisation des usagers et la place donnée à la santé communautaire : la mobilisation des usagers pour leur santé sera recherchée à travers des approches innovantes, qui viseront notamment à promouvoir les diagnostics portés par les communautés, la pair-aidance et les démarches « d'aller-vers » au plus près des publics en difficulté. »

9. Mener des actions de politique nationale qui semblent indissociables des actions locales

Nous avons dans ce travail mentionné les facteurs modifiables limitant l'accès aux soins des personnes en situation de précarité. Si des leviers existent au niveau local, il nous semblait

important de mentionner les leviers sur un plan global, notamment avec des politiques publiques allant dans le sens d'une réduction des ISS.

L'efficacité des mesures a été démontré par l'OMS en 2019 en analysant l'impact de huit mesures macroéconomiques présentées dans la Figure 25 :



Note. PPA = parité des pouvoirs d'achat.

Source : informations recueillies par les auteurs sur la base des données pour 2008-2014 de l'ensemble des données sur l'équité en santé.

Figure 25: Le potentiel de 8 mesures macroéconomiques à réduire les inégalités face aux maladies limitantes chez les adultes en 2 à 4 ans dans 24 pays. (2)

L'action collective doit également se fixer comme fil conducteur de soutenir la responsabilité individuelle en créant des environnements favorables et dynamiques dans lesquels les choix de santé sont facilités, au service de la justice sociale en santé (98).

CONCLUSION

Des points critiques sur le parcours de soins sont ressortis : l'accès à un régime stable d'assurance maladie, l'accès aux soins dentaires, l'accès aux actes de prévention, l'accès à des traitements pharmaceutiques.

Certaines causes individuelles du renoncement aux soins semblaient modifiables. Le besoin de consulter semblait arriver tardivement souvent du fait de priorités plus urgentes liées à la situation de précarité. Les personnes avaient subi une stigmatisation et des refus de soins qui pouvaient entacher la confiance dans le système et les soignants.

Des causes extérieures modifiables étaient également retrouvées. Des freins administratifs, financiers, géographiques étaient mentionnés ainsi qu'une connaissance disparate du système et des acteurs.

La population migrante faisait face à des difficultés administratives et de communication. Deux spécificités locales ont été retrouvées, la problématique des droits liées aux personnes bénéficiant du dispositif de l'EVASAN, et la non équivalence de la sécurité sociale entre les départements de Mayotte et La Réunion.

Des solutions ont été proposées afin d'améliorer la confiance, la communication et de rendre plus accessible la prévention. Elles passent notamment par une amélioration de la formation des professionnels, une diffusion du modèle de pair-aidance, une démarche « d'aller-vers » et une pluriprofessionnalité.

Afin de surmonter les freins financiers et administratifs, une réflexion sur un renouvellement de droits à la sécurité sociale facilité a été proposée. L'émergence d'une PASS de ville ou un centre de santé communautaire pourraient également contribuer à répondre à cette problématique.

Des refus de soins étaient mentionnés dans l'étude, phénomène qui pourrait être davantage étudié à La Réunion.

Nous l'avons vu des systèmes existent déjà et ne demandent qu'à fleurir à La Réunion pour contribuer à réduire les inégalités sociales de santé dont nous sommes les premiers témoins dans nos cabinets.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS. Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [en ligne]. 12 septembre 1978 [cité 06 Déc. 2019]. Disponible sur : https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
2. OMS Europe. Assurer à tous une vie prospère et en bonne santé : le Rapport de situation sur l'équité en santé en Europe Résumé d'orientation [en ligne]. 2019 [cité 06 Déc. 2019]. Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/412752/hesri-executive-summary-fr.pdf?ua=1
3. Lombrail P, Pascal J. Inégalités sociales de santé et accès aux soins. *Les Tribunes de la santé*. 2005;3(8):31-39. Doi : 10.3917/seve.008.39
4. Mann J. Santé publique : éthique et droits de la personne [en ligne]. *Santé Publique*. 1998;10(3):239-250 [cité 06 Déc. 2019]. Disponible sur : https://www.respects73.fr/wp-content/uploads/2017/09/Mann_ps.pdf
5. Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport : Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité [en ligne]. Décembre 2009 [cité 06 Déc. 2019]. Disponible sur : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
6. Panorama de la santé 2015 : les indicateurs de l'OCDE [en ligne]. Paris: OCDE; 2015 [cité 10 Déc. 2019]. Disponible sur : http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2015-fr
7. Plateforme d'Information des Etudes en Santé. Recours aux soins à la Réunion [en ligne]. In *Extenso*. Juin 2016;(5) [cité 10 Déc. 2019]. Disponible sur : https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/ARS_InExtenso_Soins_n5_16sept_BD.pdf
8. Archimbaud A. Rapport au premier ministre, L'accès aux soins des plus démunis 40 propositions pour un choc de solidarité [en ligne]. Paris; Septembre 2013 [cité 10 Déc. 2019]. Disponible sur : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport_officiel-aline_archimbaud%5B1%5D.pdf
9. Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*. Oct 2011;(169):1-7.

10. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Economie publique*. 2012;1-2(28-29):123-147.
11. Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'économie de la santé*. Nov 2011;(170)1-5.
12. World Health Organization (WHO) and the United Nations Children's Fund (UNICEF). Déclaration d'Astana. Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma-Ata à la couverture sanitaire universelle et aux objectifs de développement durable [en ligne]. Astana, Kazakhstan; Octobre 2018 [cité 19 Déc. 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>
13. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
14. Article L1411-11, Modifié par loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 18. Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000038886353&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190727>
15. Pouvourville G. Rapport au ministre de la santé et au ministre de la recherche, Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France : Propositions. Mai 2006.
16. Bresson M. Sociologie de la précarité. 2ème éd. Paris: Armand Collin; 2015. 126p. ISBN 978-2-200-60184-3
17. Wresinski J. Rapport du conseil économique et social : Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Février 1987. ISSN 0429-3841
18. Paugam S. Les formes élémentaires de la pauvreté. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. 312 p. ISBN 978-2-13-060836-3
19. Cingolani P. La précarité. Paris: Presses Universitaires de France; 2005. 128p. ISBN 978-2-13-079963-4
20. Pierret R. Qu'est-ce que la précarité ? *Socio*. 2013;(2):307-330. Doi : 10.4000/socio.511

21. Larcher P. Principales répercussions de la pauvreté sur la santé. *Laennec*. 2007;4(55):15-26.
Doi : 10.3917/lae.074.0015
22. Furtos J. Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'Idées*.
Sept 2007;(11):24-33.
23. Prévost M. La souffrance psycho-sociale : regards de Jean Furtos. *Santé conjugulée*. Avr
2009;(48):77-81.
24. Warin P. Document de travail, Le non-recours : définitions et typologies [en ligne]. Odenore;
2010 [cité 19 Déc. 2019]. Disponible sur : [https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition
_typologies_non_recours.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/WP1definition_typologies_non_recours.pdf)
25. Comité interministériel de lutte contre les exclusions. Plan pluriannuel contre la pauvreté et
pour l'inclusion sociale [en ligne]; Janvier 2013 [cité 20 Déc. 2019]. Disponible sur : [https://tra-
vail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_pluriannuel_contre_la_pauvrete_et_pour_l_inclusion_so-
ciale.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_pluriannuel_contre_la_pauvrete_et_pour_l_inclusion_sociale.pdf)
26. Warin P. Rapport d'étude : Le Baromètre du renoncement aux soins dans le GARD [en
ligne]. Septembre 2014 [cité 20 Déc. 2019]. Disponible sur : [https://odenore.msh-alpes.fr/do-
cuments/rapport_final_brsq_19_septembre_2014_-_ss_les_annexes_outils.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsq_19_septembre_2014_-_ss_les_annexes_outils.pdf)
27. Danscoine M, Le Goff M, Masson T, Rosenzweig M, Wechssteen C. Recherche-action :
Les pratiques de santé des jeunes de la formation professionnelle [en ligne]. 2016 [cité 20 Déc.
2019]. Disponible sur : [http://hauts-de-france.drjscs.gouv.fr/sites/hauts-de-
france.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/201609_-_cahier_drjscs_-_les_pra-
tiques_de_sante_des_jeunes_v2.pdf](http://hauts-de-france.drjscs.gouv.fr/sites/hauts-de-france.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/201609_-_cahier_drjscs_-_les_pratiques_de_sante_des_jeunes_v2.pdf)
28. Chauveaud C, Rode A, Warin P. Document de travail, Le non-recours aux soins des actifs
précaires [en ligne]. Odenore; 2010 [cité 20 Déc. 2019]. Disponible sur : [https://odenore.msh-
alpes.fr/documents/wp2.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/wp2.pdf)
29. Allonier C, Dourgnon P, Rochereau T. Rapport n° 540 : Enquête sur la Santé et la Protection
Sociale 2006. [en ligne]. IRDES; Avril 2008 [cité 20 Déc 2019]. Disponible sur :
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>
30. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Rapport n° 566 L'Enquête santé européenne -Enquête

santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. [en ligne]. IRDES; Septembre 2017 [cité 20 Déc 2019]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf>

31. Legros M, Bauer D, Goyaux N. Rapport pour la Conférence nationale de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, Santé et accès aux soins : Pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins. [en ligne]; Novembre 2012 [cité 20 Déc. 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/7eme.pdf>

32. Direction des Opérations France de Médecins du Monde. Rapport 2018 de l'Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France [en ligne]. Octobre 2019 [cité 28 Déc. 2019]. Disponible sur : <https://www.medecins-dumonde.org/fr/file/171972/download?token=dbq3AZuI>

33. Wicky Thisse M. Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences médicales et pharmaceutiques, médecine générale]. Strasbourg: Université de Franche-Comté; 2017.

34. Wittwer J, Raynaud D, Jusot F, Dourgnon P. Protéger la santé des Personnes étrangères en situation irrégulière en France. Questions d'économie de la santé. Nov 2019;(243):1-7.

35. Loi n° 93-1027 du 24 août 1993 relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France (dite Loi Pasqua). Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000530357>

36. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000198392&categorieLien=cid>

37. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158>

38. Verniolle R. L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMUc et l'ACS. Regards. 2016;1(49):121-136. Doi : 10.3917/regar.049.0121.

39. Gabarro C. L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France : Une prise en charge au titre de la pauvreté et de la compassion. Migrations sociétés. 2018;1(171):93-104.

Doi : 10.3917/migra.171.0093.

40. L'AME à titre humanitaire [en ligne]. Site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire. 2019 [cité 28 Déc. 2019]. Disponible sur : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/ame_humanitaire.php

41. Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (art. L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'art. 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 du 30 décembre 2003). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-04/a0040040.htm>

42. Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031663208&categorieLien=id>

43. Lancement de la Complémentaire santé solidaire [en ligne]. Site du Ministère des Solidarités et de la santé. 2019 [cité 28 Déc. 2019]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/lancement-de-la-complementaire-sante-solidaire>

44. Renouvellement de votre aide [en ligne]. Site du Fonds de la Complémentaire santé solidaire. 2019 [cité 02 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/renouvellement.php>

45. COMEDE. Modifications des règles applicables à l'AME et à l'assurance maladie (avec Complémentaire-santé-solidaire) à la suite des annonces gouvernementales de l'année 2019 [en ligne]. 2020 [cité 02 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.comede.org/download/modifications-des-regles-applicables-a-lame-et-a-lassurance-maladie-avec-complementaire-sante-solidaire-a-la-suite-des-annonces-gouvernementales/>

46. Collectif inter associatif. L'AME, un dispositif essentiel [en ligne]. Site de Médecins du Monde. 2019 [cité 02 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/france/2019/10/31/lame-un-dispositif-essentiel>

47. Décret n° 2019-1468 du 26 décembre 2019 relatif aux conditions permettant de bénéficier du droit à la prise en charge des frais de santé pour les assurés qui cessent d'avoir une résidence

régulière en France. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039682740&categorieLien=id>

48. Article 264. Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039683923>

49. collectif ALERTE. Communiqué de presse : Inquiétudes des associations autour de la suppression du Fond de la Complémentaire Santé Solidaire [en ligne]. Site ATD-quartmonde. 04 décembre 2019 [cité 02 Janv. 2020]. Disponible sur : https://www.atd-quartmonde.fr/wp-content/uploads/2019/12/CP_ALERTE_4.12.19-Suppression-fonds-complementaire-sante-solidaire.pdf

50. Castiel D, Bréchat PH. Handicap social et hôpitaux publics : pour un GHS « socialisable ». La presse médicale. janv 2009;38(1):142-145. Doi : 10.1016/j.lpm.2008.09.013

51. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Agard C, Asseray N, Billaud E, Baron D, et al. Élaboration d'un outil de repérage des usagers en situation de vulnérabilité sociale consultant à l'hôpital. La presse médicale. juin 2004;33(11):710-715. Doi : PM-06-2004-33-11-0755-4982-101019-ART04

52. Sass C, Moulin J-J, Guégen R, Abric L, Dauphinot V, Dupré C. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 4 avr 2006;(14):93-96.

53. Sass C, Guégen R, Moulin JJ, Abric L, Dauphinot V, Dupré C. Comparaison du score individuel de précarité des Centres d'examen de santé, EPICES, à la définition socioadministrative de la précarité. Santé Publique. 2006;18(4):513-522. Doi : 10.3917/spub.064.0513.

54. Labbé E, Moulin JJ, Guégen R, Sass C, Chatain C, Gerbaud L. Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. La revue de l'IRES. 2007;1(53):3-49. Doi : 10.3917/rdli.053.0003.

55. Afrite A, Bourgueil Y, Célant N, Mousquès J, Rochereau T. Rapport n° 547 : Score Epices : comparaison des résultats dans les échantillons ESPS et Cetaf [en ligne]. IRDES; Juin 2010 p. 43-67 [cité 02 Janv. 2020]. Disponible sur : http://www.ireps-picardie.fr/News/News_Cres_OR2S/Newsletters2010/19newsjuin2010/sante_protection.pdf

56. Sui-Seng S. Recensement de la population : populations légales 2017 [en ligne]. INSEE Flash Reunion. 30 déc 2019;(167) [cité 02 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4271374>
57. INSEE. Comparateur de territoire [en ligne]. Site de l'INSEE. 2019 [cité 02 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=METRO-1+DEP-974+COM-97414>
58. INSEE. Bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie, dont bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (au 1er janvier 2018) [en ligne]. Site de l'INSEE. 2019 [cité 04 Janv. 2020]. Disponible sur : https://insee.fr/fr/statistiques/fichier/3900761/beneficiaires_CNAM_01-01-2018.xls
59. Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Réunion. Rapport d'activité 2018 [en ligne]. 2018 p. 62 [cité 04 Janv. 2020]. Disponible sur : https://www.cgss.re/sites/default/files/documents/rapport_activite_2018_cgss_bd.pdf
60. Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2018 [en ligne]. 2018 p. 143 [cité 04 Janv. 2020]. Disponible sur : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2018.pdf
61. CAF Réunion. Les prestations versées par la Caf de La Réunion au 31 décembre 2018 [en ligne] Publication électronique de La Caisse d'allocations familiales de La Réunion Observatoire Statistiques et Etudes (OSE). mars 2019;(7) [cité 04 Janv. 2020]. Disponible sur : <http://www.caf.fr/sites/default/files/caf/974/2019/STATISTIQUES/ANALYSES%20ET%20ETUDES%20-%20n7%20-%202018.pdf>
62. Legal A, Legendre E, Girault O, Reduron V, Van Wassenhove T. Chiffres-clés des prestations légales 2018 [en ligne]. CAF; 2018 oct p. 22 [cité 04 Janv. 2020]. Disponible sur: http://www.caf.fr/sites/default/files/cnaf/Documents/Dser/chiffres%20cles/chiffres_cle%CC%81s_2018.pdf
63. Cabannes P-Y, Richet-Mastain L. Minima sociaux et prestations sociales Ménages aux revenus modestes et redistribution [en ligne]. Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evalua-

tion et des Statistiques; 2019 p. 282 [cité 04 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/minima2019.pdf>

64. Actif N, Levet A, Hoarau S, Maillot H. Cartographie sociale des territoires : des quartiers inégaux face à la précarité [en ligne]. INSEE Partenaires. 14 déc 2013;(26) [cité 04 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292044>

65. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours [en ligne]. Revue médicale Suisse. 2004;(2497) [cité 10 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>

66. Frappé P. Initiation à la recherche. 2ème éd. Paris: CNGE productions; 2018. 224 p. ISBN : 978-2-919616-27-5

67. Boisguerin B, Gerber SL. Le Renoncement aux soins, actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris [en ligne]. DREES, collection études et statistiques; 2011. 150 p. ISBN: 978-2-11-097357-3 [cité 10 Janv. 2020]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf

68. Rode A. Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences de l'Homme, du politique et du territoire. Grenoble; 2010. [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences médicales et pharmaceutiques, Sciences politiques]. Grenoble: Université de Grenoble; 03 Mai 2010.

69. Desprès C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. Sciences sociales et santé. 2013;31(2):71-96. Doi : 10.3917/sss.312.0071.

70. Desprès C. Négocier ses besoins dans un univers contraint. Le renoncement aux soins en situation de précarité. Anthropologie et Santé. 2013;(6). Doi : 10.4000/anthropologiesante.1078

71. Parizot I, Chauvin P. Le recours aux soins des personnes en situation précaire : une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique. 2 mars 2008;51(6):577-588. Doi : RESP-12-2003-51-6-0398-7620-101019-ART4

72. Richard JB, Balicchi J, Mariotti E, Pradines N, Beck F. Premiers résultats du Baromètre

santé DOM 2014 La Réunion [en ligne]. INPES, ORS, ARS. 2014 [cité 15 Janv. 2020]; Disponible sur : <https://www.ocean-indien.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/La%20R%C3%A9union.pdf>

73. Pascal J, Abbey-Huguenin H, Laboux O, Billaud E, Pouliquen B, Lombrail P. Identification des besoins de soins préventifs des consultants d'odontologie en situation de vulnérabilité sociale. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2002;(50 (sup 4)):1S165-166. Doi : RESP-10-2002-50-4-SUPP-0396-7620-101019-ARTP132

74. Pascal J, Libeau B, Ballereau F, Lombrail P. Inégalités sociales et accès aux soins : différenciation des besoins de soins préventifs des consultants de l'hôpital public. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2004;(52):1S28-29. Doi : RESP-09-2004-52-15-17-0398-7620-101019-EVN46

75. De Saint Pol T. La santé des plus pauvres [en ligne]. *INSEE Première*. oct 2007;(1161) [cité 15 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00278899/document>

76. Chauvin P, Traoré M, Vallée J. Mobilité quotidienne et déterminants territoriaux du recours au frottis du col de l'utérus dans le grand Paris [en ligne]. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 7 juin 2016;(16-17):282-8 [cité 15 Janv. 2020]. Disponible sur : http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/16-17/2016_16-17_2.html

77. Guthmann JP, Pelat C, Célant N, Parent du chatelet I, Duport N, Rochereau T, Lévy-Bruhl D. Inégalités socioéconomiques d'accès à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en France : résultats de l'enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012 [en ligne]. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 7 juin 2016;(16-17):288-97 [cité 18 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/182855/2308189>

78. Jusot F, Dourgnon P, Wittwer J, Sarhiri J. Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas [en ligne]. *Questions d'économie de la santé*. nov 2019;(245):1-8 [cité 18 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf>

79. ARS OI, CGEOI, DMG Réunion. Etude Gramoune Care 2016/2017 : Etat de santé et conditions de vie des personnes âgées de 65 ans ou plus à la Réunion [en ligne]. In Extenso. mai 2018;(6) [cité 18 Janv. 2020]. Disponible sur : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2018-05/InExtenso_n6_1.pdf
80. Fouchard A, Bréchat PH, Castiel D, Pascal J, Sass C, Lebas J, et Chauvin P. Caractéristiques métrologiques et comparaison de trois outils de repérage de la précarité sociale dans une permanence d'accès aux soins de santé hospitalière à Paris. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2014;62(4):237-247. Doi : 10.1016/j.respe.2014.04.004
81. De Pauw C. Les médecins généralistes face au défi de la précarité. Presses de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique; 2017. 219 p. ISBN 978-2-8109-0607-9
82. Puig P. Le refus de soins [en ligne]. *Revue Juridique de l'Océan indien*. 2013;(16):41-60. [cité 18 Janv. 2020]. Disponible sur : <http://www.lexoi.fr/index.php?id=5509>
83. Médecins du Monde. Rapport 2002 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde. Juin 2003 p. 60.
84. Perret G, Vandentorren S, Chauvin P, Vignier N, Vuillermoz C. Les refus de soins à cause de la CMU ou de l'AME rapportés par les femmes en famille, sans domicile, hébergées en île-de-France [en ligne]. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 25 juin 2019;(17-18):341-350 [cité 18 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/153546/2186802>
85. Chareyron S, L'Horty Y, Petit P. Rapport au Défenseur Des Droits et au Fonds CMUc : Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales [en ligne]. 01 Octobre 2019 [cité 20 Janv. 2020]. Disponible sur : https://www.defenseur-desdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/rapport_refus_de_soins.pdf
86. Article R4127-240. Code de la santé publique. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006913044&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=vig>
87. Desprès C, Guillaume S, Couralet PE. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire à Paris : une étude par testing auprès d'un

échantillon représentatif de médecins (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et de dentistes parisiens. [en ligne]. IRDES; Juillet 2009 p. 99 [cité 20 Janv. 2020]. Disponible sur : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/refus_soins_testing2009_rapport.pdf

88. Desprès C, Renaud T, Coldefy M, Lucas-Gabrielli V. Rapport de recherche : Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre [en ligne]. IRDES; Juin 2012 [cité 20 Janv. 2020]. Disponible sur : https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf

89. Besson L, Caliez F. Accès aux soins à la Réunion [en ligne]. INSEE Analyses Reunion, Nov 2016;(19) [cité 20 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2422206>

90. Véran O. Des bacs à sable aux déserts médicaux : construction sociale d'un problème public. Les Tribunes de la santé. 2013;2(39):77-85. Doi : 10.3917/seve.039.0077.

91. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. Sante Publique. 31 déc 2015;Vol. 27(5):679-690. Doi : 10.3917/spub.155.0679.

92. Revil H, Bailly S, Sarisson A. Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la troisième vague de généralisation des PFIDASS [en ligne]. ODENORE; 2018 [cité 20 Janv. 2020]. Disponible sur : https://odenore.msh-alpes.fr/documents/diagnostic_descriptif_du_renoncement_aux_soins_-_vague_3_-_version_2.pdf

93. Grima MA. Penser le soin transculturel [en ligne]; 2011 [cité 29 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://slideplayer.fr/slide/1749044/>

94. Hudelson P. Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine [en ligne]? Revue médicale Suisse. 2 oct 2002;2(2407) [cité 29 Janv. 2020]. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2002/RMS-2407/22444>

95. Bouffard C, Lapointe G, Drouin R. Les modèles explicatifs de la maladie et les enjeux éthiques ethnomédicaux dans le sillage d'une médecine personnalisée en émergence. Les nouveaux paradigmes de la médecine personnalisée ou médecine de précision. Dalloz. 2014. p. 231-247. ISBN : 978-2-247-13980-4

96. Sallé J. Vulnérabilités, accès aux soins et santé des migrants en séjour précaire : connaissances et représentations des internes en médecine générale d'Ile-de-France [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences médicales et pharmaceutiques, médecine générale]. Paris : Université Pierre et Marie Curie; 28 Janvier2010.
97. Denantes M, Chevillard M. Poster aux rencontres prescrire 2010 : Lutter à la faculté contre les refus de soins. Expérience de maîtres de stage et chargées d'enseignement au DERMG de Paris VI [en ligne]. 2010 [cité 29 Janv. 2020]. Disponible sur: <https://www.prescrire.org/Docu/PostersBruxelles/DenantesChevillard.pdf>
98. Schieber AC. Étude de la relation patient-médecin généraliste : quel éclairage sur les inégalités sociales de santé ? Analyse des données épidémiologiques et des productions interdisciplinaires issues du projet INTERMEDE [Thèse de Doctorat d'Université, Domaines Mathématiques : Epidémiologie]. Toulouse : Université Paul Sabatier; 05 Septembre 2014.
99. Fainzang S. La relation médecins/malades : information et mensonges. Paris: PUF; 2006. ISBN 2-13-055828-3.
100. Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication : does it make a difference? Patient Education and Counseling. févr 2005;56(2):139-146. Doi : 10.1016/j.pec.2004.02.011
101. Léal F, Larpin C, Bauduceau A, Gryson C. La précarité sanitaire vue par les médecins [en ligne]. Humanitaire. 2011;(30) [cité 29 Janv. 2020]. Disponible sur : <http://humanitaire.revues.org/1101>
102. Haute Autorité de Santé. Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins [en ligne]. Octobre 2017 [cité 29 Janv 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf
103. St-Onge M. Le rétablissement et la pair-aidance en contexte québécois. Rhizome. 2017;3(65-66):31-32. Doi : 10.3917/rhiz.065.0031
104. Morcellet P. Effets et actes de soins. Vie Sociale et Traitements. 19 juin 2009;1(101):20-24. Doi : 10.3917/vst.101.0020

105. Hassoun D. Rapport n° 478 : Précarité et état de santé bucco-dentaire [en ligne] IRDES; Décembre 1998 [cité 02 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.irdes.fr/Publications/Rapports1998/rap1249.pdf>
106. Chamberland J. Un service mobile de soins dentaires : Pourquoi ? Pour qui ? Comment ? Nantes; 2004. [Thèse de Doctorat d'Université, Chirurgie Dentaire]. Nantes : Université de Nantes; 03 Novembre 2004.
107. La réforme « 100% Santé » dentaire [en ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 15 février 2019 [cité 02 févr 2020]. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/100pourcent-sante/espace-professionnels/les-nouvelles-mesures-dentaire/article/la-reforme-100-sante-dentaire>
108. M'T dents [en ligne]. Site de l'Assurance Maladie; 11 Décembre 2019 [cité 02 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/carie-dentaire/mt-dents>
109. Observatoire du Droit à la Santé des Etrangers. Note technique d'analyse : Inclure l'Aide médicale de l'Etat (AME) dans le régime général de Sécurité sociale [en ligne]. Site de l'ODSE; 29 Novembre 2018 [cité 02 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.odse.eu.org/spip.php?article139>
110. Le Défenseur Des Droits. Rapport remis au premier ministre. Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS et de l'AME [en ligne]; Mars 2014 [cité 06 févr 2020]. Disponible sur : https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/ddd_r_20140301_refus_soins.pdf
111. Desprès C. Les différentes figures du renoncement aux soins. La santé de l'Homme. déc 2012;(422):44-6.
112. Le renouvellement de la CMU-C devient automatique pour les bénéficiaires du RSA [en ligne]. Site de l'Assurance Maladie; 04 Avril 2019 [cité 06 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/le-renouvellement-de-la-cmu-c-devient-automatique-pour-les-beneficiaires-du-rsa>
113. Médecins du Monde. Rapport 2012 de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde [en ligne]. Octobre 2013 [cité 06 févr 2020]. Disponible sur :

<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/MDM2013Rapportcomplet.pdf>

114. Défenseur Des Droits. Rapport 2019 : Personnes malades étrangères : des droits fragilisés, des protections à renforcer [en ligne]. 13 Mai 2019 [cité 06 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2019/05/personnes-malades-etrangeres-des-droits-fragilises-des-protections-a-renforcer>

115. MdM, URPS-ML-PACA. Communiqué de presse : Médecins du Monde et l'URPS Médecins Libéraux PACA lancent à Marseille une PASS de ville, un dispositif innovant d'accès aux soins pour les personnes précaires. 2019.

116. Kamardine M. Proposition de loi n° 1907 rectifié relative à la programmation du rattrapage et au développement durable de Mayotte [en ligne]. 30 Avril 2019 [cité 09 févr 2020]. p. 16. Disponible sur : http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b1907_proposition-loi

117. Gaussein M. Étude descriptive aux Urgences du Centre Hospitalier de Mayotte d'une population migrant pour raison de santé [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences médicales, Médecine générale]. Bordeaux: Université Victor Ségalen; 07 Juillet 2014.

118. La CIMADE. Une histoire des inégalités d'accès à la santé dans l'Océan Indien. La Tribune Fonda. déc 2019;(244):29-33.

119. Médecins du Monde. Dossier de Presse : L'exception Mayotte [en ligne]. 2004 [cité 09 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/presse/2014/06/16/lexception-mayotte>

120. Thocaven C. État des Lieux du Processus de Migration Sanitaire Programmé des Comores vers Mayotte [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences médicales, Médecine générale]. Bordeaux: Université Victor Ségalen; 28 Octobre 2014.

121. Article L512-2, Modifié par Loi n°86-1307 du 29 décembre 1986 - art. 7 JORF 30 décembre 1986. Code de la sécurité sociale. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006743202&cidTexte=LEGITEXT000006073189&dateTexte=19861230>

122. Barde A. Étude descriptive de la population ayant bénéficié d'une évacuation sanitaire au

départ de Mayotte vers le CHU de la Réunion sur l'année 2015 et comparaison des Durées moyennes de séjours (DMS) en fonction des Groupes homogènes de malades (GHM) entre cette population et les patients réunionnais [Thèse de Doctorat d'Université, Sciences médicales, Médecine générale]. Bordeaux: Université Victor Ségalen. 27 Octobre 2017.

123. ODSE. Étrangers-es malades résident en France Démarches préfectorales et accès aux droits après le 1er janvier 2017 [en ligne]. 2017 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur : <http://www.comede.org/wp-content/uploads/2017/05/VF2-Brochure-ODSE-mars-2017.pdf>

124. La Cimade. Courrier à Monsieur Jacques Toubon, Défenseur Des Droits, Situation des personnes étrangères malades à la Réunion. 2019.

125. INSEE. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2019 [en ligne]. 30 Décembre 2019 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4265439?sommaire=4265511&q=populations+l%C3%A9gales+2019+la+R%C3%A9union>

126. Haute Autorité de Santé. Recommandation en Santé Publique : Interprétariat linguistique dans le domaine de la santé [en ligne]. 2017 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2746031/fr/interpretariat-linguistique-dans-le-domaine-de-la-sante

127. Migrations Santé Alsace. Interprétariat professionnel dans les domaines de la santé et du travail social [en ligne]. 2009 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur : https://www.migrationssante.org/wp-content/uploads/2016/03/Note_interpretariat_professionnel.pdf

128. Halley des Fontaines V. Vous avez dit « santé communautaire » ? VST - Vie sociale et traitements. 1 mai 2017;2(134):38-42. Doi : 10.3917/vst.134.0038.

129. Institut Renaudot. Charte de promotion des pratiques de santé communautaire [en ligne]. 1998 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur : https://www.institut-renaudot.fr/download/Charte_Institut_Renaudot.pdf

130. ARS. Programme pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) [en ligne]. 2018 [cité 11 févr 2020]. Disponible sur : https://www.lareunion.ars.sante.fr/system/files/2018-06/ARS-OI_PR2_PRAPS_Volet%201_R%C3%A9union_VD_1.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Canevas d'entretien n°1

- 1) (Question brise-glace) Que signifie pour vous le terme « être malade » ?
- 2) Comment évaluez-vous votre état de santé ?
- 3) Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez été malade ?
- 4) Quelles ressources/personnes connaissez-vous et allez-vous voir quand vous êtes malade ?
- 5) Pourriez-vous me décrire les difficultés que vous avez pour aller voir ces personnes ?
- 6) Racontez-moi la dernière fois que vous n'avez pas eu le droit, pas pu ou pas voulu y avoir accès ?
- 7) Racontez-moi la suite de votre dernière consultation médicale et l'accès à vos examens et traitements proposés par le médecin ?

Annexe 2 : Canevas d'entretien n°2

- 1) Que signifie pour vous le terme « être malade » ? Quel sens a-t-il ?
- 2) Comment évaluez-vous votre état de santé ?
- 3) A partir de quel moment de la maladie ressentez-vous le besoin de consulter un médecin ?
- 4) Avez-vous une couverture de sécurité sociale ?
 1. Avez-vous déjà eu des problèmes liés à sa mise à jour ?
- 5) Pouvez-vous me raconter la dernière fois que vous avez été malade ?
 1. Comment avez-vous fait pour consulter ?
 2. Comment s'est passé la consultation ?
 3. Comment vous-êtes-vous compris avec le médecin ?
- 6) Racontez-moi la suite de votre dernière consultation médicale et l'accès à vos examens et traitements proposés par le médecin, ou l'accès à un autre spécialiste si proposée ?
- 7) Quelles ressources/personnes connaissez-vous et allez-vous voir /utilisez-vous quand vous êtes malade ?
- 8) Pourriez-vous me décrire les difficultés que vous avez pour aller voir ces personnes ?
- 9) Racontez-moi la dernière fois que vous n'avez pas eu le droit, pas pu ou pas voulu y avoir accès ?
 1. Avez-vous déjà renoncé à aller chez le docteur ou autre professionnel (infirmier, psy, sage-femme, kiné, dentiste, C.M.P, P.M.I, pharmacie) ?
- 10) Qui vous a déjà proposé de réaliser un dépistage des I.S.T, dépistage des cancers, frottis, et les vaccinations ?
- 11) Quelle confiance avez-vous dans la médecine et le système de santé ?
- 12) Avez-vous une expérience médicale difficile dont nous n'aurions pas parlé ?

Annexe 3 : Canevas d'entretien n°3

I. UNIVERS EVOCATOIRE DE LA MALADIE / MEDECIN

A. Univers spontané

- Quels sont tous les mots qui vous viennent à l'esprit quand je vous dis « maladie », « être malade » ?

Relancer : tout ce qui vous vient à l'esprit, les mots, les idées, les couleurs, les émotions, ...

- Qu'est-ce que c'est « être malade » pour vous, personnellement ?
- C'est le contraire de quoi ?
- Continuez ma phrase : je me sens malade quand ... / je ne me sens pas malade quand ...
- Quand je suis malade, je suis très / pas du tout ...
- Je n'aime pas être malade, surtout quand ...

B. Hiérarchisation de la maladie

- Comment décririez-vous la maladie ?
- Quelles sont toutes les maladies que vous avez eues ?
- Pour vous, elles sont toutes pareilles ? Y en a-t-il qui sont plus graves que d'autres ? Plus désagréables/handicapantes ? Pourquoi ? En quoi ?
- Actuellement, comment décririez-vous votre état de santé ? C'est-à-dire ? pourquoi ?
- Qu'est-ce qui vous fait dire que vous allez bien / pas bien ?

II. LA CONSULTATION D'UN MEDECIN

----- A CEUX QUI ONT EU RECOURS A UN PARCOURS DE SOINS -----

A. Focus sur la consultation

- A partir de quel moment ressentez-vous le besoin de consulter un médecin ? Pourquoi ?
- Quels signes, symptômes, sensations vous ont décidé à aller consulter ?
- Demandez-vous conseil auprès de quelqu'un pour aller consulter ou pas ? Vers qui ? Pourquoi ?
- Votre entourage a-t-il l'habitude d'aller chez un médecin ? Si non : pourquoi ?
- Décrivez-moi la dernière fois que vous êtes allés chez le médecin ? Pas à pas, étape par

étape :

- Qu'est-ce qui vous a poussé à y aller ?
- Vous êtes allé où ? Chez qui / quelle structure ? Pourquoi ?
- Avez-vous choisi le médecin ?
 - Si non : pourquoi ?
 - Si oui : comment avez-vous choisi ?
- Comment avez-vous fait pour consulter ?
- Comment s'est passée la consultation ?
 - Qu'est-ce qui a été positif ?
 - Qu'est-ce qui a été négatif ?

Relancer : attitude (chaleureux, bienveillant, etc.), à l'écoute ou pas, pressé / a pris le temps, compréhensible dans ses explications, ... = Identifier tous les points saillants de la satisfaction / insatisfaction

- Finalement, est-ce que cela a été compliqué ou facile d'aller chez le médecin ? Pourquoi ? En quoi ?

B. Suites de la consultation

- Racontez-moi la suite après votre consultation
- Avez-vous eu des traitements à prendre ? Lesquels ?
 - Avez-vous eu des difficultés pour avoir ce traitement ? Pour suivre ce traitement ? lesquelles ? Pourquoi ?
- Avez-vous eu des examens complémentaires à faire ? Lesquels ?
 - Comment avez-vous fait ?
 - Avez-vous pris rendez-vous vous-même ou pas ?
 - En quoi cela a été facile / difficile pour vous ? Pourquoi ?

C. Vécu de la consultation

- Avez-vous connu une consultation qui s'est très mal passée ? En quoi ?
- Avez-vous connu une consultation qui s'est très bien passée ? En quoi ?

----- A CEUX QUI N'ONT JAMAIS EU RECOURS A UN PARCOUR DE SOINS -----

- Pourquoi ne consultez-vous pas un médecin ?
 - En fonction des réponses ; qu'est-ce qui est difficile / compliqué ?

- Votre entourage vous conseille-t-il de consulter ?
 - Si non : pourquoi ?
 - Si oui : pourquoi ne les écoutez-vous pas ?

----- A TOUS -----

- Jeu du médecin idéal : Imaginons que j'ai des pouvoirs magiques et que je peux créer pour vous la consultation idéale chez un docteur, elle serait comment ?
 - Pour trouver un médecin
 - Pour prendre un rdv, y aller, ...
 - Les papiers à avoir / le process administratif
 - Médecin : attitude, sexe, âge, pourquoi ?
- Comment, par quel moyen un médecin peut vous donner confiance ? satisfaction ?
- A l'inverse, qu'est-ce qu'un mauvais médecin pour vous ? Il serait comment ?
Faire décrire et justifier

II. LE SYSTEME DE SOIN

- Avez-vous une couverture sociale ?
 - Si non : pourquoi ?
 - Si non : Connaissez-vous les dispositifs médicaux comme l'AME la CMU ?
 - Si oui : Avez-vous déjà eu des problèmes liés à sa mise à jour ?
- Quels professionnels de la santé connaissez-vous ?
Relancer : CMP, PMI, PASS, dentiste, kiné, infirmier, pharmacien etc.
- Pour vous personnellement, est-ce que c'est simple d'y accéder ? pourquoi ? En quoi ?
- Qui vous a déjà proposé des dépistages des I.S.T, des cancers, frottis, et les vaccinations ?
- Y a-t-il des spécialistes / professionnels de santé que vous n'avez pas envie de consulter ? Pourquoi ?
- Pour chaque spécialiste / professionnel : (infirmier, psychologue, sage-femme, kiné, dentiste, CMP, PMI, pharmacie) :
 - Même si vous n'avez encore jamais eu à consulter ce spécialiste / professionnel, diriez-vous que vous avez confiance ? Que vous pourriez le consulter si besoin ? Pourquoi ?
 - Pensez-vous que c'est facile d'avoir une consultation avec lui ? Pourquoi ?

- Y a-t-il des spécialistes / professionnels de santé que vous renoncé à aller consulter ? pourquoi ?

III. ALTERNATIVES AU PARCOURS DE SOIN & CONCLUSION

- Quand vous n'allez pas voir un médecin, quelles autres personnes consultez-vous ?
Pourquoi ?
- Quels autres moyens utilisez-vous pour vous soigner sans aller chez le médecin ?
- Finalement, avez-vous confiance dans la médecine et dans le système de santé ?
Pourquoi ?
- Pensez-vous que vous retourneriez consulter un médecin si vous en ressentez le besoin ?
 - Si non : pourquoi ? A quelles conditions ?
 - Que faudrait-il faire pour que vous alliez chez un médecin ?

Annexe 4 : Fiche d'information aux patients



Fiche d'information aux patients

Thèse : Problématiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité sur la commune de Saint Louis.

Vous venez d'être sollicité pour participer à une étude sur la commune de Saint Louis, je vous en remercie d'avance.

Etude menée par qui ?

Cette étude est menée par un étudiant en médecine générale en fin d'études, Sylvain BRUNET et son directeur de thèse Dr ROBIN Léo.

Dans quel but ?

L'objectif de cette thèse est de chercher les causes de renoncement aux soins des populations en situation de précarité sur Saint Louis, afin de les surmonter.

L'objectif final est donc une amélioration de l'accès aux soins.

Comment cela se passe ?

Si vous êtes d'accord pour participer, la personne qui vous a sollicité transmet votre numéro de téléphone à Sylvain BRUNET, qui vous rappelle pour convenir avec vous d'un rendez-vous.

Vous avez le choix sur le lieu et l'heure qui vous convient.

Le rendez-vous consiste en une discussion autour d'un thé ou café, il sera enregistré pour être écrit ensuite de façon anonyme. L'enregistrement sera détruit après l'écriture.

La discussion sera axée sur votre parcours de soins et les difficultés que vous avez rencontrées.

Combien de temps cela dure ?

En moyenne les entretiens durent entre 15 et 45 minutes.

Sur quelle période ?

Les entretiens se déroulent entre début août 2019 et fin octobre 2019.

Annexe 5 : Journal de bord

Octobre 2018 : Le projet de thèse est en réflexion avec mon directeur. Une mission exploratoire de médecins du monde sur Saint Louis est en route, ce qui permettrait d'alimenter les données de la thèse au cours des consultations faites sur place. Un lien de confiance pourrait être établi avec la population, habituée peu à peu à la présence des équipes bénévoles hebdomadaire. Un questionnaire est en élaboration pour recueillir les données sur l'accès aux soins.

Une thèse quantitative serait donc menée, mais j'entrevois déjà les limites et frustrations liées à la finesse relative des données. J'ai commencé la bibliographie et j'ai trouvé une majorité de recherches quantitatives. *Je préférerais m'orienter vers une thèse qualitative afin d'être au plus près des discours et de la réalité des personnes.*

Janvier 2019 : La mission exploratoire de médecins du monde s'arrête, je vais devoir réfléchir à une autre manière d'aborder le sujet. Le lien avec la population va être plus difficile à trouver, et je vais devoir passer par des partenaires ayant déjà la confiance des personnes pour leur proposer mon étude. C'est l'occasion de partir sur une thèse complètement qualitative. Je commence à réfléchir et à lister les partenaires sur Saint Louis, je peaufine la bibliographie et écris mon projet de thèse en lien avec mon directeur.

Avril 2019 : Le projet de thèse est validé, je vais pouvoir commencer à démarcher les partenaires et faire les déclarations nécessaires. Une réunion avec le rapporteur de la thèse me permet de valider scientifiquement la méthode choisie.

Je réfléchis à mes aprioris de recherche. Je pense qu'à Saint Louis se trouve une population précaire assez diversifiée qui multiplie les difficultés pour accéder aux soins. Ayant eu l'expérience de travail dans un centre de santé communautaire en métropole, je pense que la mise en place d'un tel centre à Saint Louis serait une réponse adéquate afin de prendre en compte les aspects, sociaux, politiques et médicaux de cette population.

Juillet 2019 : Mon canevas est rédigé et testé sur un ami. Je dois faire attention aux relances et aux questions ouvertes plutôt que fermés. Les partenaires me transmettent les premiers contacts, les entretiens peuvent commencer.

03 Août 2019 : Le premier entretien se réalise en extérieur, la personne étant hébergée et

préférant le faire en ville. Je suis un peu stressé à l'idée du rendu de l'enregistrement, mais nous trouvons un endroit calme pour discuter. L'entretien est très riche, et j'entrevois déjà des réponses à ma question. Une fois celui-ci terminé, nous discutons de la situation de cette personne dont la principale préoccupation est de trouver à manger pour lui et sa fille. Je lui donne le numéro de téléphone de l'association locale qui s'occupe des colis alimentaires.

En faisant cela, je me sens un peu soulagé, peut-être l'impression d'avoir été redevable à cette personne qui me donne de son temps et me raconte son histoire.

J'ai l'impression qu'il parle plus facilement en dehors du cadre de l'enregistrement, je n'aurais peut-être pas dû arrêter l'enregistreur. La prochaine fois je le laisserais allumé jusqu'à la poignée de main finale.

17 août 2019 : J'effectue deux autres entretiens avec les contacts donnés par la CIMADE. J'ai rendez-vous à leur domicile, en plein centre-ville de Saint Louis. Je cherche un peu, et très vite je tombe sur des cases sous tôles, un réel bidonville en plein centre-ville. A l'intérieur seulement deux pièces, avec des lits pour 8 personnes.

La personne que je viens rencontrer ne parle pas très bien le français. Elle demande à sa fille de venir traduire. Je suis un peu gêné par la présence des autres enfants dans la pièce, mais la personne me rassure en me confirmant qu'elle peut parler sans gêne.

Le deuxième entretien dans ce logement me déstabilise un peu, la personne interrogée me demande à plusieurs reprises de m'occuper de son titre de séjour, je suis obligé de réexpliquer l'objet de ma venue et de réorienter vers les personnes de la CIMADE pour continuer d'avancer sur son dossier.

Après 5 entretiens de personnes migrantes dans des situations administratives précaires, je me dis que mon échantillon devra être diversifié afin de toucher les problématiques des autres catégories de personnes précaires.

16 septembre 2019 : 6 entretiens ont été réalisés avec le premier canevas.

Au cours d'une réunion avec mon directeur, nous nous rendons compte que l'aspect prévention qui est une part importante des soins primaires n'apparaît pas. De plus le côté problématique du renouvellement des droits à la CMU est apparu dans les résultats, il nous faut donc ajouter des questions par rapport à ces thématiques. De même, une question portant sur la confiance envers le système de santé semble judicieuse au vu des premiers retours.

25 septembre 2019 : Je discute avec une sociologue de mon projet de thèse, qui me propose d'enrichir le canevas d'entretien afin d'avoir des données encore plus fines. Je test le canevas sur un ami, l'entretien semble effectivement plus riche, notamment en abordant des questions par des angles différents.

01 Octobre 2019 : La personne entrevue ce jour préférerait que le travailleur social soit présent pendant l'entretien, car elle ne se sentait pas à l'aise avec un inconnu. J'appréhendais un peu, à la suite de cette demande le manque de spontanéité lors de l'entretien du fait de cette peur. Finalement le travailleur social a été une présence rassurante pour la personne mais très discrète, ce qui a permis de pouvoir réaliser l'entretien jusqu'au bout.

02 Octobre 2019 : Aujourd'hui l'entretien s'est effectué à l'hôpital à l'aide de l'assistante sociale, la personne ne parlant que le créole. L'entretien a été très difficile, le patient n'ayant pas de dentier avec lui.

La richesse n'a forcément pas été la même que pour d'autres entretiens, mais il me permet de me poser la question sur la légitimité à utiliser le score EPICES pour catégoriser ma population.

Cette personne était dans une situation de précarité, étant donné son éloignement géographique sans autonomie de transport, son habitat qui semblait insalubre et ses manques de revenus. Toutes ces raisons avaient entraîné un retard aux soins qui ont aggravé son état et nécessité l'hospitalisation. Malgré cela, son score EPICES était tout juste supérieur à 30.

12 Octobre 2019 : Le vécu de l'entretien aujourd'hui a été difficile. La personne était sous l'emprise de l'alcool, vivait dans une voiture et sa demande à plusieurs reprises lors de l'entretien a été de lui trouver un logement. Il était déjà sur liste d'attente du 115.

L'entretien s'est déroulé chez une habitante du quartier qui lui fournit régulièrement de la nourriture, mais qui tenait avec sa voisine un discours très dur à son encontre. Elles ne comprenaient pas son addiction à l'alcool et le culpabilisait de ne pas se prendre en charge. J'étais mal à l'aise avec ces réflexions infantilisantes et abaissantes, et j'ai dû à plusieurs reprises interrompre l'entretien pour refocaliser sur l'objet de ma présence.

La personne entrevue regrettait son ancienne assistante sociale qui selon lui était plus efficace vis-à-vis de ses demandes. Je me suis senti bien démuni dans cette situation, et face aux demandes répétées de logement de la personne pendant l'entretien. Un lien a été fait avec son assistant social par la suite afin de voir l'avancée de sa prise en charge sociale.

17 Octobre 2019 : L'entretien n'est pas simple, la personne rencontrée ce jour est suivie au CMP depuis longtemps pour une pathologie psychiatrique. La conversation a parfois du mal à rester sur la thématique, mais je récupère tout de même des données qui concordent avec les entretiens précédents, la saturation me semble quasiment atteinte, j'ai besoin de la vérifier avec un dernier entretien.

21 Octobre 2019 : L'entretien est assez rapide, et n'apporte pas de nouveaux éléments. *J'en conclus que j'ai effectivement atteint la saturation des données.*

Annexe 6 : Lien numérique vers les entretiens

https://drive.google.com/file/d/1BWcvAAyZ__HMJwuqjzoIq1m82IB5ACxn/view?usp=sharing

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.

Renoncements aux soins de premier recours des personnes en situation de précarité à La Réunion, quels leviers ?

Introduction : A La Réunion, un tiers des habitants renoncent aux soins au moins une fois par an. Les inégalités sociales de santé renforcent ce phénomène dans les populations en situation de précarité. L'objectif était d'identifier les facteurs modifiables limitant l'accès aux soins de premier recours des personnes en situation de précarité à Saint Louis, commune connaissant des indicateurs de précarité parmi les plus élevés.

Méthode : Une étude qualitative a été réalisée avec des entretiens semi-dirigés, à domicile et enregistrés. Des personnes en situation de précarité selon le score EPICES ont été interrogées. L'analyse des données s'inspirait du principe de la théorisation ancrée. Les données ont été anonymisées.

Résultats : Des facteurs individuels et systémiques exposaient les personnes aux renoncements aux soins. Ces déterminants survenaient à tout niveau du parcours de soins. Les points critiques étaient le maintien d'une couverture maladie, les soins dentaires, la prévention et l'accès aux traitements. Le recours aux soins était tardif. Les connaissances du système étaient disparates. La population migrante semblait décrire des causes spécifiques.

Discussion : L'étude est originale sur La Réunion. En complément des études sur le score EPICES et les refus de soins pourraient être menées. Pour pallier les freins, un atout serait d'accroître la sensibilité des professionnels aux sciences humaines, aux inégalités sociales et à la transculturalité. La relation de soins et la communication seraient également renforcées par une diffusion de médiateurs pairs-aidants et d'interprètes en ville. La barrière administrative serait amoindrie par une simplification du renouvellement des droits ou la mise en place d'une PASS de ville.

Renunciation of primary care for people in precarious situations in Reunion island, what levers ?

Introduction : In Reunion island, a third of the inhabitants are renouncing to health care at least once a year. Social health inequalities emphasize this problem among people in precarious situations. The objective of this study was to determine modifiable factors associated with renouncing of primary care among people in precarious situations in Saint-Louis, town with highest poverty indicators.

Method : This is a qualitative study with recorded semi-structured interviews at people's home. Participants were included according to precariousness score (EPICES). Anonymized data were analysed through principle of anchored theorization.

Results : Individual and systemic factors were associated with renouncing primary care at anytime of care pathways. Critical points were the stability of health insurance, dental care, prevention and treatment access. A late recourse to medical aid was observed. System knowledge were motley. Migrant population seemed to describe specific causes.

Discussion: This is the first study on Réunion island. Further studies on EPICES score and refusal of care are needed. To improve health accessibility, a better understanding of social sciences and humanities, social inequities and transculturality among medical community could help. Interpreters and mediators in primary care would strengthen caring relationship and communication. A simplification of the administrative process is required; a permanent access to health care (PASS) in the city could be a solution.

Mots clés : Inégalités sociales de santé, Soins de premier recours, renoncement aux soins, précarité

Keywords : Health inequalities, primary care, Renunciation medical care, precarity

Discipline : Médecine générale

UNIVERSITE DE LA REUNION

U.F.R SANTE

<http://www.univ-reunion.fr>