



HAL
open science

Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groups

Isabelle Laurent Querrioux

► **To cite this version:**

Isabelle Laurent Querrioux. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groups. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01731735

HAL Id: hal-01731735

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731735v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Isabelle LAURENT (QUERRIOUX)

le 30 septembre 2011

ENQUETE SUR LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PRECAIRES ET MIGRANTS PRECAIRES RESSENTIES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE

ETUDE QUALITATIVE PAR FOCUS GROUPS

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur François KOHLER

Président

M. le Professeur Xavier DUCROCQ

}

M. le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

}

M. le Professeur Alain AUBREGE

}

Juges

M. le Docteur Paolo DI PATRIZIO

}

M. le Docteur Michel MAIGNAN

}

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE
Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie : **Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
 - 1er Cycle : **Professeur Bernard FOLIGUET**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »
M. Christophe NÉMOS
 - 2ème Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**
 - 3ème Cycle :
« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »
« *DES Spécialité Médecine Générale* »
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées : **M. Walter BLONDEL**
- Formation Continue : **Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
 - Recherche : **Professeur Didier MAINARD**
- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND -
Pierre BEY – Patrick BOISSEL
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude
BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de
LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard
FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie
GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT –
Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE -
Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ –
Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU

Denise MONERET-VAUTRIN – Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel
PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL
Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-
Jean ROYER - Paul SADOUL
Daniel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET
– Jean-François STOLTZ –
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ -
Gérard VAILLANT - Paul VERT
Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre
OLIVIER

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques
FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur
Bernard NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur
Christian BEYAERT

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIÉWSKI

3ème sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur
Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE,
IMMUNOLOGIE**

1ère sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1ère sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2ème sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD
- Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE
MENTALE,**

HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (*Neurologie*)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2ème sous-section : (*Neurochirurgie*)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : (*Psychiatrie d'adultes ; addictologie*)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI –

Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2ème sous-section : (Chirurgie digestive)

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine
MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4ème sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3ème sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

**4ère sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de
communication*)**

Docteur Nicolas JAY

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE,
IMMUNOLOGIE**

**2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte :
biologique)*)**

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur
Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DE MÉDECINE GÉNÉRALE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS -

Madame Natalia DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre
BEY – Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Professeur Simone GILGENKRANTZ -
Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain
LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Pierre MONIN - Professeur
Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques
POUREL – Professeur Jean-François STOLTZ
Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert
UFFHOLTZ - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT

Monsieur le Professeur François KOHLER

Professeur de Biostatistiques et Informatique Médicale (option biologie)

Nous vous remercions de l'intérêt que vous nous avez témoigné et de l'aide que vous nous avez apportée, ainsi que de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ

Professeur émérite de Cardiologie et Maladies Vasculaires

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous sommes reconnaissantes du grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail, vous qui avez ouvert la voie de la sensibilisation aux personnes en situation de précarité, dans le cadre universitaire.

Nous avons été particulièrement sensibles à votre disponibilité, par correspondance comme lors de rencontres dans les locaux de Médecins du Monde.

Merci de nous avoir suivies et encouragées avec enthousiasme jusqu'à ce jour.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Xavier DUCROCQ

Professeur de Neurologie

Vous nous faites l'honneur d'accepter d'être membre de notre jury.

Nous tenions à vous remercier de l'intérêt que vous avez porté à ce travail.

Soyez assuré de notre sincère gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Alain AUBREGE

Professeur associé de Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de votre soutien à notre projet, et de votre implication dans les différentes étapes de sa réalisation.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Paolo DI PATRIZIO

Maître de Conférences associé en Médecine Générale

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail.

Soyez assuré de notre reconnaissance.

A NOTRE JUGE

Monsieur le Docteur Michel MAIGNAN

Nous vous remercions avant tout d'avoir accepté de diriger ce travail.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissantes de nous avoir accompagnées avec autant de disponibilité, d'implication et d'endurance.

Vous avez été un directeur parfait, par votre rigueur, vos encouragements bien dosés, et l'orientation pertinente que vous nous avez suggérée à chaque étape. Vous nous avez apporté votre réflexion, votre expérience, et l'enrichissement bibliographique !

Remerciements sincères au Docteur Lucien MAISON, qui a été parmi les premiers à témoigner de l'enthousiasme pour notre projet, nous faisant ainsi réaliser qu'il devait s'intégrer à une dynamique collective locale.

Remerciements à l'équipe de l'Unité Médico-Sociale du CHU de Nancy pour leur accueil et leur soutien à la mise en place du projet, ainsi que pour les conseils et le partage d'expériences de chacun, et particulièrement à Céline PARENTY (assistante sociale), Yasmina GUENIFA (secrétaire) et Thierry LIEVIN (médecin).

Remerciements au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe-et-Moselle, pour leur accueil et leur soutien actif, et particulièrement au Docteur Jean-Luc FENOT.

Remerciement à Madame Valérie LEVY-JURIN, Conseillère déléguée à la Santé du Grand Nancy, d'avoir accueilli notre projet, et de nous avoir orientées vers le CCAS, pour le financement de l'envoi des questionnaires.

Remerciements à Cédric BAUMANN, Docteur en Epidémiologie, pour son expertise indispensable au bon déroulement des étapes de ce travail, et à la réalisation des statistiques.

Remerciements à Anne FLYE SAINTE MARIE ainsi qu'à Stéphanie RUBI, Docteurs en Sciences de l'Education et Sociologie, pour leurs conseils experts et bienveillants, notamment concernant la méthode qualitative.

Remerciements aux différents professionnels qui nous ont reçues et conseillées pour la réalisation de l'une ou l'autre étape de l'enquête : l'équipe de Médecins du Monde Nancy et notamment Madame Catherine LOUAPRE (assistante sociale), Docteur Alain CRITON (médecin généraliste), Docteur Mathilde GEHIN (Assistante dans le service de Médecine H du CHU de Nancy), Monsieur Gilles DUMAIT de l'IRTS, Madame Laurence VERGER (Responsable de la Communication au CHU de Nancy), Docteur Huguette BOISSONAT-PELSY (dentiste et coordonnatrice santé) d'ATD Quart Monde.

Remerciements pour l'implication technique ou pratique dans la réalisation de ce travail : Christine LECLERC, Marine MAIZEAU, Emilie MONTAIGNE, Monique DUTRIEUX, Kévin BAILLY, Nicolas FLYE SAINTE MARIE et Thomas QUERRIOUX.

Remerciements aux médecins ayant participé aux pré-tests pour les questionnaires ou pour les entretiens : Docteur Philippe REMY, Docteur Elisabeth STEYER, Docteur Dominique EIDESHEIM, Docteur Marie-Christine FREBY-CAYOTTE, Docteur Philippe GIRARDET, Docteur Philippe CHABAUX, Docteur Martine COTTONI.

Remerciements au Docteur Philippe MASSON pour l'intérêt qu'il a porté à notre travail.

Enfin, nous remercions les 398 médecins ayant participé activement à la réalisation de ce travail en répondant aux questionnaires, et tous ceux qui nous ont témoigné leur sympathie lors des échanges téléphoniques. Nous remercions tout particulièrement les 28 médecins ayant accepté de se rendre disponibles pour les entretiens, et les 5 qui se sont mobilisés pour coordonner les rencontres.

A ma famille et mes amis,

Et particulièrement à mes amours Thomas, Arno et Simon,

Et bien sûr à Cécile, sans qui rien n'aurait été possible !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	29
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE.....	35
1. SANTE ET PRECARITE	35
A. DEFINITIONS	35
1. La Santé.....	35
2. La Précarité	35
B. SANTE ET PRECARITE : LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	37
1. Trois grandes familles de déterminants selon le rapport du Haut Conseil Santé Publique (HCSP) de 2009	39
a) Les déterminants socio-économiques	39
b) Les comportements	39
c) Le système de soins.....	40
2. Les déterminants selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	41
3. Le score EPICES	41
C. L'ACCES AUX SOINS	42
1. Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions	42
a) Mesures au niveau national	42
b) Mesures au niveau régional	43
2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)	45
D. LE CONTEXTE EN MEURTHE-ET-MOSELLE DE LA PRECARITE ET DES REPONSES APORTEES	46
1. La démographie médicale	47
2. Les structures existantes.....	49
a) Dispositifs de veille sociale.....	50
b) Les services de l'Etat	50
c) Les autres autorités administratives	52
d) Les structures de soins	53
1) Consultations de médecine générale.....	53
2) Consultations spécialisées.....	54
e) Associations de solidarité.....	56
E. LA PRECARITE DU POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES	58
F. FORMATION A LA PRECARITE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES EN MEURTHE-ET-MOSELLE.....	59
2. LA SANTE DES MIGRANTS : LE CAS PARTICULIER DES PRIMO-ARRIVANTS	59
3. L'INTERACTION MEDECIN-PATIENT	61
A. ETUDE INTERMEDE.....	61
B. ETUDE PARUE DANS LE JAMA (JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION)	62
C. ENQUETE DE L'IRDES SUR LE REFUS DE SOINS AUX PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA CMUC.....	63
D. AUTRES ETUDES.....	64
DEUXIEME PARTIE: ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE – PRESENTATION DE L'ETUDE QUALITATIVE	65
1. INTRODUCTION.....	65
2. RAPPEL DE L'ETUDE QUANTITATIVE	65
A. MATERIEL ET METHODE.....	65
B. APPORT DE L'ETUDE QUANTITATIVE POUR L'ELABORATION DE L'ETUDE QUALITATIVE	66

3. L'ETUDE QUALITATIVE	66
A. PRINCIPE DE LA METHODE QUALITATIVE	67
B. MATERIEL ET METHODES	67
1. Méthode	67
a) Choix de la méthode des entretiens : individuels vs groupes	67
b) Deux entretiens individuels	69
1) Matériel et méthode	69
2) Résultats et conclusion sur le choix de la méthode	70
c) La méthode des focus groups	71
d) Recueil des données	71
1) Le modérateur et l'observateur	71
2) Elaboration de l'agenda	72
2. Matériel	73
a) Recrutement des participants	73
b) Déroulement des entretiens	74
3. Analyse de contenu	75
a) Analyse thématique verticale	75
b) Analyse thématique horizontale	75
C. RESULTATS	76
1. Par groupe	76
a) Premier groupe : pauvreté n'est pas précarité	76
1) Caractéristiques du groupe	76
2) Dynamique de groupe	77
3) Les réponses par question	77
b) Deuxième groupe : précarité définie au travers des catégorisations de personnes	80
1) Caractéristiques du groupe	80
2) Dynamique de groupe	81
3) Les réponses par question	81
c) Troisième groupe : la précarité, une situation complexe et multifactorielle	85
1) Caractéristiques du groupe	85
2) Dynamique de groupe	86
3) Les réponses par question	86
d) Quatrième groupe : pas de grande précarité dans leur secteur du nord du département grâce à une politique sociale efficace	90
1) Caractéristiques du groupe	90
2) Dynamique de groupe	90
3) Les réponses par question	91
e) Cinquième groupe : problèmes de comportement en milieu rural	94
1) Caractéristiques du groupe	94
2) Dynamique de groupe	94
3) Les réponses par question	95
f) Sixième groupe : saturation du sujet	98
1) Caractéristiques du groupe	98
2) Dynamique de groupe	98
3) Les réponses par question	99
2. Sur l'ensemble des groupes	102
a) Expérience de la précarité	102
b) Représentation, définition de la précarité dans leur pratique professionnelle ...	103
1) Définition de la précarité	103
2) Situation économique et sociale	103
3) Particularités des patients ou catégories de patients	105
4) Accès aux soins	107

5) Problèmes liés à une pathologie.....	110
c) La relation médecin-patient en situation de précarité dans les soins et les difficultés ressenties	111
1) Repérer la précarité	111
2) Difficultés de communication	112
3) Difficultés de prise en charge.....	113
4) Temps à consacrer	114
5) Problème d'hygiène	115
6) Problème des actes gratuits	115
7) Problème politique	116
8) Insatisfaction du médecin	117
9) Rôle du médecin généraliste	117
10) Comportement des patients.....	118
d) Vision et expérience des relations aux différents acteurs de prise en charge (travailleurs sociaux, structures médicosociales)	119
1) Les structures sociales.....	119
2) Les structures médicales ou paramédicales	120
3) Les structures médico-sociales	121
4) Les structures administratives.....	122
5) Les associations	122
6) Manque de structures de proximité.....	122
e) Besoins et propositions pour faciliter votre exercice/optimiser les prises en charges/améliorer l'accès aux soins	122
1) Mesures concernant les médecins.....	122
2) Mesures concernant les patients.....	124
3) Intérêt du travail en réseau multidisciplinaire.....	124
D. DISCUSSION	125
1. Le matériel et la méthode	125
a) Echantillon de médecins	125
b) La méthode des focus groups	126
2. Deux profils de médecins	126
a) Dans leur représentation de la précarité	127
b) Dans les difficultés rencontrées	129
c) Dans leurs rapports avec les structures relais.....	131
3. Expérience de la précarité en milieu urbain versus milieu rural	132
a) Isolement, problème des transports et manque de structures en milieu rural	132
b) Manque de temps en milieu urbain	133
4. L'accès à la santé	134
5. La relation médecin-patient en situation de précarité	135
a) L'hygiène.....	135
b) Les problèmes de comportement	136
c) Les difficultés de suivi	136
d) Le rôle du médecin généraliste	137
6. Cas particulier des migrants	138
7. Trois axes de travail principaux à envisager selon les médecins interrogés	139
a) Améliorer la coordination médecins/travailleurs sociaux	139
b) La formation.....	139
c) Favoriser une politique de santé sociale au niveau local et au niveau national .	140
4. CONCLUSION	141

TROISIEME PARTIE : CONFRONTATION DES RESULTATS COMPLEMENTAIRES DES DEUX ETUDES	143
1. INTRODUCTION	143
2. LA METHODE	143
INTERET DE LA DOUBLE APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE	144
3. LES RESULTATS	146
A. LES INEGALITES D'ACCES A LA SANTE TOUCHENT UN PUBLIC PLUS VASTE QUE LES GRANDS PRECAIRES	147
B. PLUS DE DIFFICULTES EN MILIEU URBAIN : INTERET DU TRAVAIL EN RESEAU PLURIDISCIPLINAIRE	148
C. LES DIFFICULTES FINANCIERES ET DE TRANSPORT : OBSTACLES MAJEURS ET CROISSANTS A L'ACCES A LA SANTE PERÇUS PAR LES MEDECINS	150
D. AUTRES FREINS A L'ACCES A LA SANTE : LES REPRESENTATIONS QUE LES PATIENTS ONT DE LA SANTE, D'EUX-MEMES, LA RELATION AU MONDE MEDICAL.....	152
E. L'EXPERIENCE FACILITE LA COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS PRECAIRES....	155
F. LES MIGRANTS	159
4. PISTES DE TRAVAIL.....	161
A. PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE	161
1. Un annuaire des structures	162
2. Travail en réseau pluridisciplinaire	163
B. FORMATION DES MEDECINS.....	163
C. NECESSITE D'UNE VOLONTE POLITIQUE	165
D. « RESTRUCTURATION» DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE	165
 CONCLUSION COMMUNE.....	 169
 BIBLIOGRAPHIE	 171
 ANNEXES.....	 175

LISTE DES ABREVIATIONS

ADAPA : Aide à Domicile aux Personnes Agées
ADMIR : Aide à Domicile en Milieu Rural
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CCAA : Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CDAG : Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit
CES : Centre d'Examen de Santé
CG : Conseil Général
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIDIST : Centre d'Information, de Dépistage, de Diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles
CLAT : Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMS : Centre Médico-Social
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale
CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CREDOC : Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie
CV : Centre de Vaccination
DAF : Dispense d'Avance de Frais
DGS : Direction Générale de la Santé
DMG : Département de Médecine Générale
EPICES : Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les Centres d'Examens de Santé
EPS : Examen Périodique de Santé
FMC : Formation Médicale Continue
FRAPS : Fédération Régionale des Acteurs en Promotion de la Santé
HCSP : Haut Conseil de Santé Publique

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
IRTS : Institut Régional de Travail Social
Loi HPST : Loi Hôpital/Patient/Santé/Territoire
MDM : Médecins du Monde
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONPES : Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale
ORS : Observatoire Régional de Santé
PAIS/CLIC : Points Accueil Information Service / Centre Local d'Information et de
Coordination (destiné aux personnes âgées et leurs familles)
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Materno-Infantile
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRIPI : Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
REAGJIR : Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants
RMI : Revenu Minimum d'Insertion
RSA : Revenu de Solidarité Active
SDF : Sans Domicile Fixe
SOFRES : Société Française d'Etudes et de Sondages
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UFATT : Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes
UMS : Unité Médico-Sociale
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
ZUS : Zone Urbaine Sensible

A l'attention du lecteur,

Cette introduction et la première partie sont communes aux deux thèses et identiques à celles présentées dans le travail de Cécile FLYE SAINTE MARIE. Veuillez passer directement au début de la deuxième partie (p65) si vous avez déjà pris connaissance de l'étude quantitative.

INTRODUCTION

Il existe des inégalités sociales face à la santé dans notre pays.

Médecins remplaçantes depuis quelques mois, nous avons démarré notre recherche il y a près de trois ans, en nous questionnant sur notre rôle de médecin face à ces inégalités d'accès à la santé.

Au cours de nos stages d'internat, nous avons pris conscience qu'une attention particulière dans la prise en charge des patients en difficulté s'avérait nécessaire.

A travers notre expérience débutante de la médecine générale, nous avons observé à quel point les particularités individuelles interviennent dans les prises en charge. Il nous a semblé que pour accéder à une qualité de soins comparable, plus le patient est en situation précaire, plus il requiert du temps et de l'accompagnement.

La relation médecin-patient qui participe à la bonne santé du patient est influencée par un ensemble de déterminants personnels, culturels et sociaux caractérisant le patient comme le médecin.

Nous nous sommes interrogées sur la place des représentations des médecins comme déterminant dans les inégalités de santé.

Dans notre pratique professionnelle quotidienne, nous manquons d'outils pour répondre aux difficultés rencontrées, dès l'instant où l'on quitte le champ des schémas décisionnels diagnostiques et thérapeutiques auxquels nous avons été formées.

Pour introduire la présentation de notre travail et la démarche dans laquelle il s'est construit, nous reprenons ici les items caractérisant le rôle du Médecin Généraliste énoncés par la Société Européenne de Médecine Générale (1) :

- A) « *La médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.*
- B) *Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.*
- C) *Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.*
- D) *Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.*
- E) *Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.*
- F) *Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.*
- G) *Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.*
- H) *Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.*
- I) *Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.*
- J) *Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.*
- K) *Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. » (1)*

L'exercice de ces missions doit respecter l'éthique du code de déontologie en s'appliquant à tous les patients de façon égale. Le médecin doit prendre soin de ne pas laisser ses représentations altérer son jugement, comme le précise l'**Article 7 du Code de la Santé Publique (article R.4127-7) :**

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à

leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

En effet, la relation médecin-patient a une influence sur la prise en charge et *in fine* sur l'état de santé des patients, selon les résultats encore en cours d'analyse de l'étude de INTERMÈDE menée en 2008 (2).

Nous nous engageons en prononçant le **Serment d'Hippocrate** à mettre en œuvre les moyens permettant de promouvoir au mieux la santé de chacun dans sa singularité, avec une attention particulière envers les patients les plus vulnérables.

Ainsi, les patients en situation précaire requièrent souvent une prise en charge sociale au sein de la prise en charge médicale globale et il est de notre ressort de nous assurer que les moyens de cette prise en charge sociale sont mis en œuvre, afin d'optimiser la santé de ces patients.

« Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. » Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)

C'est le souci d'améliorer la prise en charge des patients précaires qui a généré ce travail de thèse.

Le sujet s'est précisé en collaboration avec le Docteur Michel MAIGNAN, et au contact des professionnels de l'Unité Médico-Sociale (UMS) du CHU de Nancy aussi appelée « Espace Lionnois ». Une consultation de médecine générale « gratuite » y est assurée pour les patients sans couverture sociale, essentiellement des migrants primo-arrivants, ainsi qu'une consultation sociale afin de faciliter l'obtention de leurs droits.

Les différents intervenants de l'Espace Lionnois, dont des médecins généralistes exerçant en libéral par ailleurs, nous ont fait part de l'intérêt d'améliorer le lien avec les médecins traitants afin d'optimiser l'orientation et l'accès aux soins de leurs patients. La majorité d'entre eux étant des migrants primo-arrivants, notre étude a porté une attention particulière à cette catégorie de précaires.

De plus, nous avons pu assister à des consultations médicales au sein de l'UMS, qui ont mis en évidence les particularités de la prise en charge des patients précaires.

Dans le cadre de la recherche menée par l'UMS visant à améliorer la prise en charge de tous les patients précaires, différents angles avaient déjà été étudiés comme le point de vue des

patients et des soignants hospitaliers. Il apparaissait donc intéressant d'orienter notre étude vers les médecins généralistes libéraux.

Nous avons trouvé peu d'études récentes considérant ce point de vue.

A l'occasion d'échanges spontanés sur le sujet, certains confrères nous ont exprimé un sentiment d'incompréhension, d'impuissance ou de lassitude face à leurs patients précaires.

L'expression vigoureuse de leurs ressentis nous a évoqué un manque de préparation à l'accueil de ce public.

De nos expériences personnelles et des témoignages recueillis, il ressort également des difficultés lorsqu'il est question d'orienter les patients précaires vers d'autres professionnels, d'obtenir des informations sur leurs droits, leur mode de vie et sur les démarches nécessaires à leur prise en charge.

Nous avons abordé l'étude en formulant l'hypothèse que des difficultés sont ressenties par une part importante des médecins généralistes, et qu'une meilleure connaissance des mécanismes et particularités de la précarité pourrait constituer une première piste d'amélioration de la relation médecin-patient.

Suite à ces constats, nous avons choisi de recueillir :

- d'une part, les représentations des médecins généralistes afin de mesurer l'impact de ces représentations dans les soins portés aux patients précaires, notamment au travers de la relation « médecin-patient » ;
- d'autre part, les difficultés pratiques rencontrées par nos confrères, afin d'élaborer des pistes de travail pour envisager des outils adaptés à leurs besoins.

Notre étude s'est attachée à interroger les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.

Dans un premier temps, une étude quantitative sous forme d'enquête a été menée auprès de tous les médecins généralistes du département, afin de leur demander s'ils rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients précaires. Cette enquête visait également à identifier la nature de ces éventuelles difficultés et à recueillir les représentations qu'ils ont du public précaire.

Dans un second temps, une étude qualitative sous forme d'entretiens de groupes de médecins choisis a complété cette enquête, en explorant les problématiques à la source de ces difficultés et le poids des représentations des médecins et de leur cadre d'exercice sur ces dernières. Elle devait aussi faire préciser aux médecins leurs besoins ou leurs attentes.

La présente thèse s'attachera à présenter l'étude qualitative, l'étude quantitative étant présentée dans la thèse de Cécile FLYE SAINTE MARIE.

Dans la première partie, nous présenterons un état des connaissances permettant de situer le sujet dans son contexte économique, social, territorial et déontologique.

La seconde partie sera consacrée à l'enquête, au matériel et à la méthode utilisés, à la présentation des résultats et à leur analyse.

Enfin, nous confronterons les résultats obtenus dans les deux études, afin de compléter la discussion.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1. SANTE ET PRECARITE

A. DEFINITIONS

1. La Santé

Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé par la Charte d'OTTAWA, 21 novembre 1986

« La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'invalidité. » (3)

« La santé est une ressource de la vie quotidienne, et non le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. » (3)

« La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger ; accéder à l'éducation ; se nourrir convenablement ; disposer d'un certain revenu ; bénéficier d'un écosystème fiable ; compter sur un apport durable de ressource ; avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable » (3)

2. La Précarité

" La pauvreté est l'insuffisance de ressources, la précarité c'est la fragilité, l'instabilité des situations. » (4)

La pauvreté

La pauvreté est définie par un niveau de vie inférieur à la moitié du niveau de vie médian.

3 600 000 personnes sont concernées en France. 1 000 000 travaillent sans dépasser ce seuil, ce sont les « **travailleurs pauvres** ».

L'exclusion

Est considérée comme exclue toute personne ne pouvant bénéficier de l'aide correspondant le plus à sa situation (300 000 personnes) (4).

La précarité

Nous nous sommes basées sur la définition de la précarité issue du rapport « *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* » rendu au Conseil Economique et Social français le 11 décembre 1987 par le père Joseph WRESINSKI, fondateur du Mouvement des Droits de l'Homme ATD Quart Monde :

« 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. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. 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 des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible. »

Les critères les plus souvent utilisés pour mesurer la précarité sont : le chômage ; la Catégorie Socio Professionnelle (CSP) ; le niveau de revenu ; l'affiliation à la Couverture Maladie Universelle et le niveau de prestations.

On distingue plusieurs dimensions de la précarité.

La précarité économique, qui se définit par des difficultés à se loger, se nourrir, se vêtir. Les normes européennes fixent un seuil de pauvreté pour la France à 954 euros par mois pour une personne seule en 2009 (5).

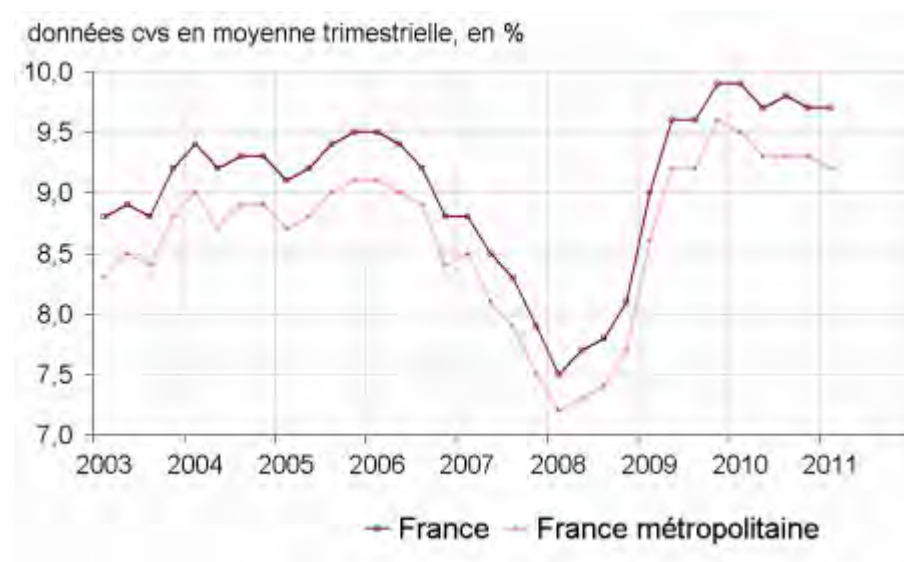
Selon l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), 13% de la population se situe sous ce seuil en France (6). Nous pouvons ajouter à ce pourcentage les personnes en surendettement (chiffres très variables selon les sources), les personnes en attente de logement social et celles vivant en logement insalubre. Selon l'INSEE encore, le

nombre de SDF en France s'élève à environ 250 000 personnes en 2011. A ce nombre, s'ajoute les personnes mal logées (7).

La précarité professionnelle

Tableau 1

Evolution du taux de chômage



En 2009, 3.3 millions de personnes perçoivent une aide sociale versée par leur département. Parmi celles-ci, 2.7 millions sont bénéficiaires de l'aide sociale à l'insertion (RSA socle) et des aides aux personnes âgées (APA, ou aide sociale pour l'accueil en établissement) (8).

Les catégories de personnes les plus fréquemment désignées comme étant plus à risque de précarité sont : les gens du voyage, les jeunes, les familles monoparentales et les personnes âgées isolées, les migrants, les anciens détenus récemment sortis de prison (4).

Les jeunes de 18 à 29 ans sont les plus touchés par la pauvreté, selon une enquête de l'INSEE réalisée en 2008 (9).

B. SANTE ET PRECARITE : LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

La précarité constitue une source d'inégalité face à la santé. Ces inégalités de santé concernent principalement : l'accès aux soins, l'utilisation du système de soins et la qualité des soins (manque d'information et d'éducation, représentation et place de la santé...).

L'état de santé de la population dans son ensemble s'est amélioré dans les dernières décennies.

L'espérance de vie est en constante amélioration, ainsi que l'espérance de vie sans incapacité. L'état de santé individuel, quelle que soit l'origine ou l'appartenance sociale, ne bénéficie en revanche, pas de la même évolution ; les progrès ne profitent pas de la même manière à tous et les inégalités sociales de santé se creusent.

Le gradient d'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles en témoigne. Selon une étude publiée par l'INSEE en 2005, il existe une différence de 7 ans à 35 ans entre ouvriers et cadres supérieurs (10). On remarque cependant que cette différence qui a progressé pour les hommes entre le début des années quatre-vingts, et la fin des années quatre-vingt-dix, est restée stable à 3 ans pour les femmes.

Les auteurs expliquent ces différences de mortalité entre les catégories socioprofessionnelles (selon le sexe), par le cumul de différents facteurs notamment liés aux conditions de travail (rythmes décalés, risques d'accident de travail, exposition à des toxiques, etc.) et aux modes de vie (recours aux soins retardé, consommation de tabac et d'alcool, alimentation déséquilibrée).

Espérance de vie des hommes et des femmes à 35 ans, par périodes et catégorie socio professionnelle (en années)

Tableau 2

	Cadres et professions intellectuelles supérieures	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chef d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble
Hommes								
1976-1984	41,5	40,5	40,5	39,5	37,0	35,5	27,5	38,0
1983-1991	43,5	41,5	41,5	41,0	38,5	37,5	27,5	39,0
1991-1999	46,0	43,0	43,5	43,0	40,0	39,0	28,5	41,0
Femmes								
1976-1984	47,5	46,5	45,5	46,0	45,5	44,5	44,5	45,0
1983-1991	49,5	48,0	47,0	47,5	47,5	46,5	45,5	46,5
1991-1999	50,0	49,5	48,5	49,0	48,5	47,0	47,0	48,0

Champ : France entière.

Sources : INSEE, échantillon démographique permanent et état civil.

L'espérance de vie des personnes sans domicile fixe serait de 45 ans d'après les quelques données disponibles (11) .

La surcharge pondérale constitue un miroir des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Selon des données recueillies de 2005-2006 et parues dans le BEH en 2011 (12), 13,9% des enfants de 6 ans dont le père est issu de la catégorie socioprofessionnelle « ouvrier » présentent une surcharge pondérale et 4,3% une obésité, contre respectivement, 8,6% et 1,2% des enfants de 6 ans dont le père est « cadre ».

Les inégalités sociales de santé concernent non seulement l'espérance de vie, mais également toutes les dimensions de la Santé. Il en découle de plus des inégalités dans la qualité de vie. Le gradient d'inégalités suit de façon continue le gradient des divers indicateurs socio-économiques, culturels, environnementaux et le niveau d'étude. On le retrouve également pour la quasi-totalité des facteurs de risque et des pathologies (13).

1. Trois grandes familles de déterminants selon le rapport du Haut Conseil Santé Publique (HCSP) de 2009

Le rapport du HCSP paru en décembre 2009 évoque le rôle de déterminants multiples participant à la genèse des inégalités sociales de santé (13).

a) Les déterminants socio-économiques

Selon ce rapport, les causes à l'origine des inégalités de santé sont à rechercher dans de nombreux autres domaines que celui de la santé.

Ainsi l'accès à l'éducation, le niveau de revenu, les conditions de vie dans l'enfance, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, les conditions de vie et d'environnement, ainsi que l'intégration sociale, sont autant de facteurs qui paraissent influencer les modes de vie et les comportements de santé et indirectement l'état de santé.

b) Les comportements

On distingue dans le rapport : « *les causes proximales, les comportements des individus, des causes fondamentales, le contexte favorisant ou non dans lequel ces comportements s'insèrent. Cette approche souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé* ».

Les exemples du rôle de la consommation de tabac et d'alcool, associée aux expositions

professionnelles dans l'augmentation des cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, ou de celui des comportements alimentaires dans celle de l'obésité, sont développés. On comprend l'intrication de phénomènes complexes où il faut prendre en considération d'autres paramètres déterminants comme les législations sur les messages publicitaires, les prix de ventes du tabac et de l'alcool, ou les conditions de vie stressante qui peuvent conduire au tabagisme dans le premier exemple. De même, l'obésité touche plus les enfants d'ouvriers que les enfants de cadres toujours selon ce rapport qui explique : *« la disponibilité et le prix des différents aliments, l'accès à une restauration de type fast-food, la restauration collective, l'industrie agro-alimentaire, les lobbys agro-alimentaires, la possibilité d'exercer une activité physique dans différentes zones sont à cet égard aussi importants à creuser que l'éducation nutritionnelle individuelle. Il s'agit de rendre les choix sains plus faciles ».*

c) Le système de soins

Le rapport explique enfin que différentes étapes sont retrouvées dans le processus d'accès aux soins.

« L'accès théorique est assuré par le dispositif d'assurance maladie et ses extensions. Il lève les obstacles financiers et théoriquement permet l'accès aux soins. L'accès réel aux soins qui est l'enjeu véritable, se décompose en deux étapes. Le premier contact avec une structure de soins qui définit l'accès primaire. Ce primo-contact est suivi par une trajectoire complexe, ensemble de processus et de résultats qui constituent l'accès secondaire aux soins. »

2. Les déterminants selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'Organisation Mondiale de la Santé définit également dix déterminants sociaux ayant un impact sur l'état de santé.

Déterminants sociaux de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé

Tableau 3

Tableau 1. Déterminants sociaux de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé ⁹	
Déterminants sociaux	Impact(s) sur la santé
1. Gradient social	Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont très fréquemment exposées au risque de maladies graves ou de décès prématuré
2. Stress	Les facteurs psychosociaux associés au stress (anxiété, sentiment de vulnérabilité, mauvaise opinion de soi-même) ont des effets cumulatifs avec le temps et entraînent une dégradation de la santé mentale en particulier
3. Petite enfance	Les fondements de la santé de l'adulte prennent ancrage lors de la période prénatale et de la petite enfance
4. Exclusion sociale	L'exclusion sociale peut à terme avoir un impact sur les risques de séparation – divorce/demandes d'invalidité/ et comportements à risque
5. Travail	Le stress au travail, un faible niveau d'autonomie, la charge de travail, une valorisation inadéquate, sont autant d'éléments pouvant avoir un impact sur l'état de santé, en termes de morbidité mais aussi de mortalité prématurée
6. Chômage	Les effets délétères sur la santé peuvent s'initier dès que le travailleur sent que son emploi est menacé. Des maladies prolongées ou un état de santé mental déficient sont plus importants lorsque l'emploi est précaire ou lors de chômage par rapport à une situation d'emploi stable et satisfaisante
7. Soutien social	Lors d'isolement et d'exclusion, des taux plus élevés de décès prématurés notamment d'origine cardiaque ont été mis en évidence
8. Dépendances	Se réfugier dans l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites) a pour impact notamment d'accroître les inégalités de santé
9. Alimentation	Bien qu'un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires soient essentiels pour un état de bonne santé et de bien-être, l'accessibilité à de telles denrées est très variable
10. Transports	Toutes les démarches visant à éviter la sédentarité améliorent d'une façon générale l'état de santé

Sources: Wilkinson R, Marmott MR. *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits. 2e éd. rév. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Europe, 2004.*

On comprend ainsi que les déterminants de l'état de santé d'un individu peuvent être analysés de différentes façons.

Toutes les approches présentent l'individu comme indissociable de son environnement.

3. Le score EPICES

Le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé pour les CES), conçu par les Centres d'Examens de Santé (CES) est une évaluation individuelle de la précarité et des inégalités de santé (14).

Il permet d'identifier des populations fragilisées socialement ou médicalement, qui échappent aux critères socio-administratifs habituels de repérage de la précarité, tels que chômage, RMI, CMU ou contrats aidés.

Le score Épices a été construit sur la base des déterminants matériels et sociaux de la précarité. Il est lié aux indicateurs de comportements, non-recours aux soins, santé, diabète et

troubles psychologiques.

Il consiste en un questionnaire de 11 questions à réponses binaires (oui/non) permettant d'établir un score allant de 0 à 100. Le seuil de 30 est considéré comme le seuil de précarité.

C. L'ACCES AUX SOINS

Une enquête du CREDES (Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) réalisée dans les suites de la loi contre les exclusions du 29 juillet 1998 révèle entre autres que 150 000 personnes ne sont affiliées à aucun régime de sécurité sociale.

La part des soins laissée à la charge des assurés (non remboursée par la Sécurité Sociale), est en constante augmentation, rendant quasi indispensable l'acquisition d'une assurance complémentaire. Or, selon l'INSEE (15), une personne sur dix ne possédait pas en 2003 de couverture maladie complémentaire.

1. Loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Elle définit sept éléments pouvant être facteur d'exclusion pour l'individu : l'emploi, le logement, la santé, la citoyenneté, le surendettement et le revenu (16).

Cette loi est à l'origine de la mise en place de plusieurs mesures visant à réduire les inégalités sociales de santé.

a) Mesures au niveau national

La Couverture Maladie Universelle

La première grande mesure à retenir est la mise en place de la Couverture Maladie Universelle. Instaurée par la loi 99-641 du 27 juillet 1999, et mise en application au 1^{er} janvier 2000, la Couverture Maladie Universelle (CMU) assure à toute personne vivant de façon régulière (depuis plus de trois mois) sur le territoire français une prise en charge par un régime d'assurance maladie.

La **CMU de base** offre une protection sociale identique à la protection sociale des salariés du régime général, en prenant en charge une partie des frais de santé au tarif conventionné par la Sécurité Sociale (70% pour une consultation de médecin générale).

Les personnes dont les revenus sont les plus faibles ont droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais dans le cadre de la **CMU complémentaire (CMUc)**.

La CMUc est soumise à un plafond de ressources revalorisé chaque année.

En 2011, le plafond mensuel pour un foyer comprenant une personne était fixé à 634 euros par mois.

Selon l'INSEE, au 31 décembre 2009 : 6,4% des patients bénéficient de la CMUc en France.

Le pourcentage pour la Meurthe-et-Moselle est de 6%.

Depuis 2004, il existe de plus une aide financière appelée **Aide Complémentaire Santé** qui permet de réduire les frais d'acquisition d'une assurance complémentaire ou mutuelle. Cette ACS est accessible aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20%.

L'Aide Médicale d'Etat (AME)

La loi 99-641 du 27 juillet 1999, a également mis en place l'Aide Médicale d'Etat (AME), destinée aux personnes étrangères (hors Union Européenne), pouvant justifier de plus de trois mois de résidence sur le sol français, ne disposant pas d'un titre de séjour et pouvant également justifier de revenus inférieurs au plafond défini pour l'obtention de la CMU.

b) Mesures au niveau régional

Les PRAPS

Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en direction des personnes en situation de précarité ont été institués par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions (17). Ils s'inscrivaient alors dans l'axe « Promotion de la Santé » des Programmes Régionaux de Santé Publique (PRSP).

Les PRAPS constituent un outil de concertation et de coordination permettant d'associer de multiples partenaires : associations, mutuelles, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, organismes professionnels, collectivités locales et services de l'Etat.

Leur objectif est d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité.

Ils comprennent une analyse des besoins, la définition des priorités et objectifs et un programme d'actions. Celles-ci peuvent consister en la mise en place de lieux d'écoute, de formations ou de consultations.

L'élaboration des PRAPS repose sur un dialogue entre le niveau régional et le niveau local. Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) coordonnent l'intervention des divers partenaires.

Les PRAPS de première génération couvrent les années 2000, 2001 et 2002. Ces PRAPS ont été évalués par la DGS en 2002-2003. Les PRAPS de la seconde génération couvrent la période 2003-2006.

La circulaire N° DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 donne des indications visant à guider l'élaboration des PRAPS de troisième génération (2008-2012) (4).

Les objectifs prioritaires évoqués par la circulaire visent à :

- garantir l'accès aux soins des personnes disposant de faibles ressources ;
- faciliter l'obtention de l'aide médicale de l'Etat aux personnes qui remplissent les conditions fixées par la loi ;
- améliorer le dépistage organisé du cancer du sein ;
- promouvoir la santé des élèves, avec comme objectif prioritaire la visite médicale à 6 ans et les suites nécessaires à cette visite ;
- réduire l'exposition des populations à certains risques environnementaux, plus particulièrement la lutte contre le saturnisme et à l'intoxication au monoxyde de carbone (4).

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

Les objectifs des PRAPS sont relayés par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), créées en 1998.

Ce sont des cellules de prise en charge médico-sociale destinées à faciliter l'accès des personnes démunies aux organismes de santé (18).

En application de l'article L6112-6 du code de la santé publique, les établissements publics de santé et les établissements de santé privés participant au service public hospitalier mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS). Ces structures sont adaptées aux personnes en situation de précarité. Elles doivent permettre un accès « gratuit » à des consultations médicales, à des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi qu'aux traitements nécessaires.

Elles doivent aussi accompagner les personnes démunies dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Sur 500 PASS augurées dans le dispositif initial seules 364 ont été effectivement créées en

2004.

Presque toutes disposent comme prévu initialement, d'assistantes sociales rattachées administrativement partiellement ou totalement, mais seulement un peu plus de la moitié des PASS ont des médecins qui y interviennent.

La moitié des PASS seulement disposent en propre de personnels administratifs, d'employés jeunes et moins de la moitié des PASS disposent d'infirmiers et de psychologues.

Des accompagnateurs et des interprètes ne sont rattachés que dans un quart des PASS ; des chirurgiens-dentistes le sont dans une PASS sur cinq (18).

Le PRIPI

Le Programme Régional d'Insertion des Populations Immigrées (PRIPI), défini par la circulaire n° DPM/ACII/2003/537 du 24 novembre 2003, a pour vocation de favoriser l'accueil et l'intégration des populations étrangères et issues de l'immigration dans la région. Son élaboration mobilise, sous la responsabilité du Préfet de région, l'ensemble des services et acteurs publics concernés par la politique d'intégration (19).

2. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST)

Cette loi prévoit une modernisation globale du système de santé, avec le décloisonnement entre l'ambulatoire, l'hôpital et le médico-social afin de promouvoir des soins de qualité accessibles à tous (20).

Elle vise également à améliorer la prise en charge des maladies chroniques en développant l'éducation thérapeutique des patients ; à protéger la santé des jeunes, en interdisant par exemple la vente d'alcool aux mineurs et celle des cigarettes aromatisées dites cigarettes «bonbons».

Elle crée enfin les Agences Régionales de Santé (ARS).

L'Agence Régionale de Santé (ARS)

Cet organisme doit réunir les moyens de l'Etat et de l'Assurance Maladie au niveau régional en simplifiant les structures.

Les agences déclinent dans un cadre territorial les objectifs du projet de loi : faciliter l'accès aux soins et l'accès à l'information, décloisonner les soins de ville et ceux dispensés à l'hôpital

afin de simplifier le parcours de santé des patients, et développer la qualité et la sécurité du système de santé (20)

La stratégie d'une ARS est définie dans son Projet Régional de Santé (PRS). Les ARS ont lancé dès leur ouverture les travaux d'élaboration de leur PRS qui doit être arrêté pour fin 2011.

3. Des mesures encore insuffisantes

Cependant, ces mesures ne suffisent pas à limiter les inégalités d'accès aux soins.

Nous n'avons pas encore de données concernant l'année 2011, mais selon le décret du 20 mai 2009 relatif à la mesure de la précarité en France, celle-ci reste constante et touche en 2008, comme en 1998 environ 13% de la population (sur la base de 60% du revenu médian).

En France, environ 5 millions de personnes n'ont pas d'assurance complémentaire santé. Plus de 4 millions bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc). Plus de 2 millions de personnes ont un revenu juste au-dessus du plafond de la CMUc et auraient droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé mais seulement 300 000 en bénéficiaient fin 2007 (21).

Selon *l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale en 2008* de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (IRDES) : 16,5% de la population française déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze mois précédents (14% en 2006 et 13% en 2004 et 11,2% en 2002) (22).

D. LE CONTEXTE EN MEURTHE-ET-MOSELLE DE LA PRECARITE ET DES REPONSES APORTEES

Le département de la Meurthe-et-Moselle est un département peuplé, à forte densité de population selon les sources du Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie (CREDOC) (23).

Il compte 713 779 habitants dont 415 765 habitants pour la communauté de communes du Grand Nancy (Source issue du dernier recensement de 1999 et du décret n°2009-1707 du

30/12/2009).

Sa population est un peu plus jeune que celle régionale ou métropolitaine. Le taux de chômage et les revenus médians sont proches des moyennes régionales. Les indicateurs de précarité montrent une part un peu plus élevée que dans la région ou en France métropolitaine de personnes en situation précaire (23).

Selon l'INSEE, la proportion d'ouvriers à 11,8% est légèrement supérieure à la moyenne nationale (11,2%), mais inférieure à celle des autres départements lorrains (14% en Moselle, 14,6% en Meuse et 15,6% dans les Vosges).

1. La démographie médicale

Au premier janvier 2009, 4317 médecins généralistes sont inscrits au tableau de l'Ordre, en région Lorraine (24).

Tableau 4

Les types d'activité des médecins généralistes par département					
	Meurthe et Moselle	Meuse	Moselle	Vosges	Total
Retraité	256	35	252	93	636
Retraité "Actif"	22	5	9	14	50
Temporairement sans activité	41	6	66	21	134
Remplaçant	121	8	73	18	220
Activité régulière	1161	241	1364	511	3277
Total	1601	295	1764	657	4317

La densité médicale meurthe-et-mosellane (120 généralistes libéraux pour 100 000 habitants) est la plus élevée de la région (101 dans les Vosges, 98 en Moselle et 89 en Meuse, pour une moyenne régionale de 104). Elle se situe légèrement au-dessus de la moyenne nationale (112) et est parmi les plus fortes dans l'Est de la France, derrière le Bas-Rhin (126).

La densité médicale la plus forte concerne les zones urbaines de Nancy, Lunéville, Longwy, Pont-à-Mousson et Toul. Mais à l'inverse, la densité se révèle faible (60 à 75) dans neuf secteurs ruraux en déficit de praticiens (25).

Tableau 5

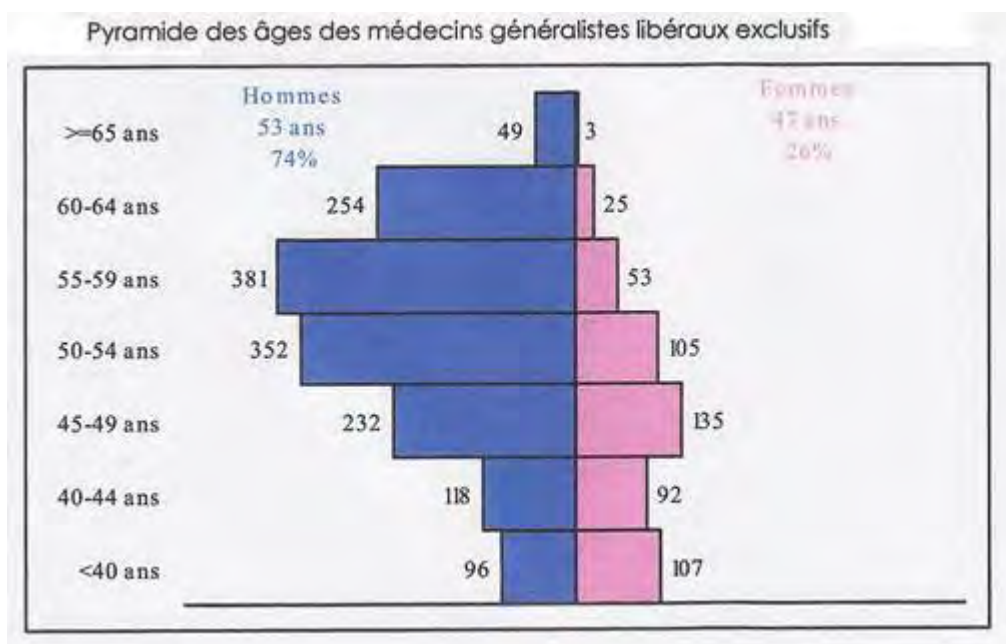


Tableau 6

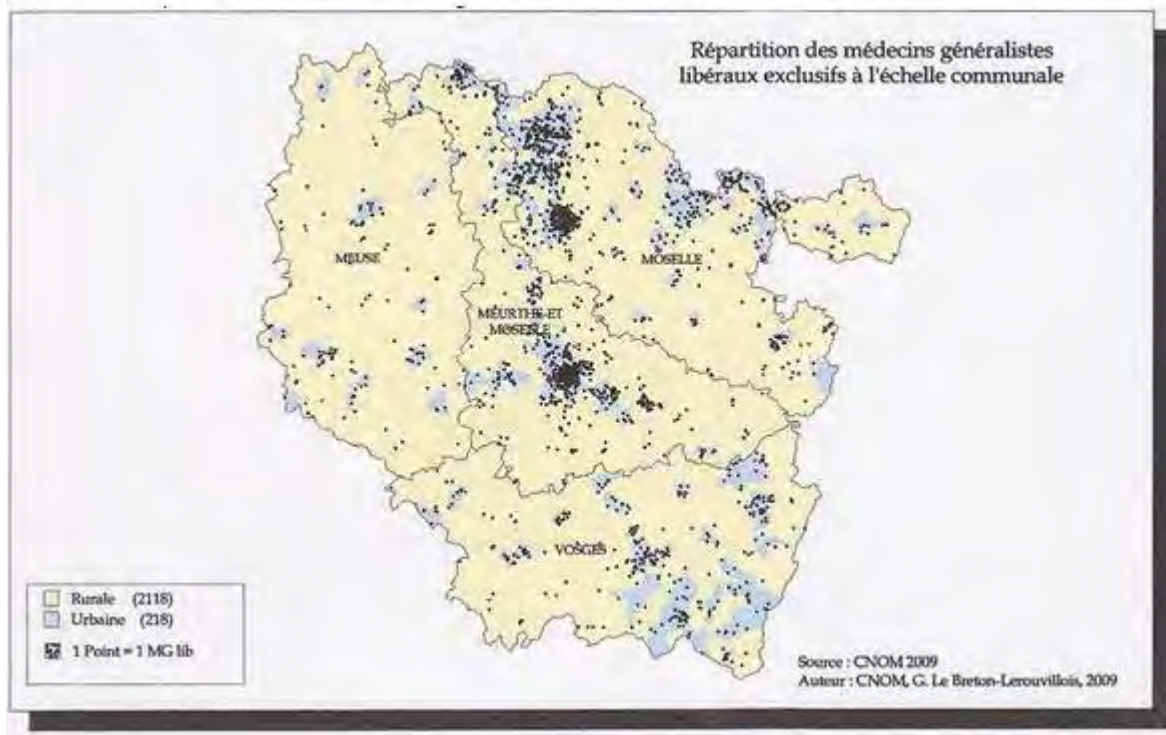
Densité, moyenne d'âge, part des 55 ans et plus, part des femmes chez les médecins généralistes libéraux

	Densité 100 000 hbs	Moy_Age	>=55 ans	Part femmes
Meurthe-et-Moselle	93	51	33%	31%
Meuse	63,9	52	48%	13%
Moselle	83,3	51	38%	25%
Vosges	77,5	52	46%	22%
Lorraine	83,7	51	38%	26%
Métropole	90,7	52	42%	29%

L'âge moyen des médecins libéraux exclusifs en Lorraine est de 50 ans, et la grande majorité sont des hommes (74%).

Carte 1

Carte n°1 : Répartition des médecins généralistes libéraux exclusifs en Lorraine



2. Les structures existantes

Le département se divise en six secteurs identifiés par les services départementaux en 2004 : Longwy (Z1), Briey (Z2), Val de Lorraine (Z3) autour de Pont à Mousson, Nancy et Couronne (Z4), Terres de Lorraine (Z5) autour de Toul, Lunévillois (Z6)

Carte 2



En Meurthe-et-Moselle, il existe de nombreuses structures et associations dans le secteur de la santé et dans le secteur social. Il est difficile de trouver des listings de toutes ces structures.

Pour la seule ville de Nancy, il existe un guide qui répertorie l'ensemble des 624 associations, organismes, établissements et services du secteur social : Le *Nancy Social* (26). La dernière édition papier est parue en 2006. Les informations contenues se trouvent désormais en ligne sur le site <http://www.social.nancy.fr/>, remis à jour régulièrement.

Ce guide propose une présentation par thèmes et un index alphabétique.

Dans le thème « *Santé* », il existe 73 associations. Pour autant, tous les services proposant des soins médicaux ne sont pas répertoriés sous ce thème.

Le nombre et la diversité des associations disponibles rendent quasi impossible une identification pertinente et réaliste de l'ensemble des associations, organismes, établissements et services du secteur social de Meurthe-et-Moselle intervenant dans les prises en charge sanitaire des patients.

Le découpage territorial du département de la Meurthe-et-Moselle varie selon les logiques des différentes institutions.

La plupart des structures relais existantes sont centralisées sur le territoire de Nancy et couronne.

a) Dispositifs de veille sociale

Si nous regardons le dispositif purement social de *veille sociale* de Meurthe-et-Moselle, le département peut également être découpé en quatre zones : Nancy et le bassin nancéen ; le Nord : Longwy, Briey ; le Sud : Toul, Lunéville ; Pont-à-Mousson et la zone intermédiaire entre Nancy et le Nord (le « *cou du canard* »).

Ainsi le dispositif s'appuie essentiellement sur trois structures associatives financées par l'Etat :

- **Association d'Accueil et de Réinsertion Sociale (ARS) à Nancy et Lunéville ;**
- **Association Alisés à Briey et Longwy ;**
- **Le Grand Sauvoy à Toul (23).**

Ces structures proposent toutes trois sur leurs secteurs respectifs des actions orientées vers la grande marginalité.

L'association ARS est une association loi 1901.

Elle : *« a pour objet de développer et de gérer toute action s'inscrivant dans le champs des politiques sociales ou médico-sociales et permettant de contribuer à l'amélioration des conditions d'existence des personnes confrontées à des difficultés temporaires ou durables dans le respect de leur dignité et avec la volonté de valoriser les potentialités de chacune d'entre elles pour leur permettre d'accéder à des conditions de vie promotionnelles et d'être actrices de leurs devenirs »*. (26)

Elle propose un pôle d'urgence sociale qui comporte : le **SAMU social – 115** ; le point d'accueil d'urgence – PAU ; un accueil de jour et repas du soir - 32 d'la rue ; des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale - CHRS ; un dispositif départemental et centre d'accueil pour demandeurs d'asile, des dispositifs d'insertion par le logement et d'insertion professionnels, le collectif Antigone orienté vers les personnes en situation de prostitution, et un pôle médico-social - Lits Halte Soins Santé pour les personnes sans domicile nécessitant des soins « ambulatoires » rapprochés (27).

La difficulté d'orientation des patients lorsqu'il s'agit de situations d'urgence, réside en grande partie dans l'intrication entre la détresse sociale et l'urgence médicale.

Ainsi, lorsqu'une urgence médicale est identifiée, la prise en charge est relayée, comme pour l'ensemble de la population, par les structures d'Accueil des Urgences du CHU à l'Hôpital Central et des autres Centres Hospitaliers du département.

Les structures de la veille sociale sont très fortement concentrées sur Nancy, même si le sud du département s'équipe depuis quelques années (Lunéville, Toul). Dans l'ensemble, le maillage du territoire apparaît satisfaisant. Seule la zone de Pont-à-Mousson semble isolée, quoique le CCAS ne mentionne pas de lacune dans la prise en charge des publics.

Pour l'ensemble du département, c'est le 115 qui centralise l'ensemble des appels d'urgence sociale et réoriente vers une de ces trois associations.

En dehors de ce dispositif de veille sociale ciblé vers la grande précarité, le réseau social et médico-social meurthe-et-mosellan bénéficie d'un maillage bien coordonné entre les différentes administrations et organismes publics.

b) Les services de l'Etat (au moment de la conduite de l'étude)

Préfecture, DRASS et DDASS

Sous l'autorité des Préfets de région et de département, les DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales remplacée depuis le 1^{er} avril 2010 par la Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale – DRJSCS), et les DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales aujourd'hui partiellement remplacée par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale – DDCS) assurent la mise en œuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales et départementales dans le domaine sanitaire, social et médico-social (28).

Les missions des DRASS et DDASS s'articulaient alors autour de trois pôles essentiels :

- **la santé publique** : la politique régionale de santé, la participation à la politique hospitalière en concertation avec l'agence régionale de l'hospitalisation, la sécurité sanitaire ;
- **la cohésion sociale et le développement social** par l'animation des différents dispositifs d'insertion et d'intégration ;
- **la protection sociale** par le contrôle des organismes de sécurité sociale et l'évaluation des résultats des contrats d'objectifs et de gestion négociés au niveau national.

c) Les autres autorités administratives

Le Conseil Général de Meurthe-et-Moselle

Le Conseil Général (CG) est l'institution en charge des affaires du département. L'essentiel de ses compétences actuelles, et des modes de fonctionnement qui en découlent, résultent des lois de décentralisation de 1982 et 1983, complétées par la loi du 13 août 2004 et régulièrement étendues depuis (29).

Une des grandes missions du Conseil Général concerne l'action sociale en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées, de l'enfance et de la famille, et des personnes en difficulté.

Ainsi le CG de Meurthe-et-Moselle coordonne :

- les assistantes sociales (AS) de secteur ;
- les CMS (Centres Médico-Sociaux), la PMI (Protection maternelle et Infantile) et les CPEF (Centres de Planification et d'Education Familiale).

Le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)

Les missions des CCAS consistent en :

- une action sociale auprès des personnes en situation de précarité ;
- une politique familiale active (l'accueil des enfants en structures collectives ou familiales) ;
- l'accueil dans des structures d'hébergement et d'animation pour les seniors ;
- la promotion de l'autonomie et la pleine et entière participation des personnes handicapées à la vie communale (30).

Autres structures de recours : CPAM et Hôpital

Les patients peuvent également s'adresser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) ou au service social du centre hospitalier le plus proche pour obtenir de l'aide à la mise en place de leurs droits.

d) Les structures de soins

1) Consultations de médecine générale

Les PASS

On rappelle qu'elles ont été créées dans le cadre de la Loi du 29/07/1998 relative à la lutte contre les exclusions. Chaque établissement public hospitalier est censé avoir une PASS.

On dénombre 18 PASS en Lorraine, ayant des fonctionnements différents.

La PASS de Nancy : Unité Médico-Sociale (UMS) du CHU ou « Espace Lionnois »

Mise en place en 1999 sous la responsabilité du Dr MAIGNAN et avec l'impulsion du Dr MAISON, elle bénéficie d'un fonctionnement exemplaire, au regard des objectifs proposés par les programmes régionaux (PRAPS) de 1998.

Elle propose :

- des consultations médicales, assurées tous les matins par un médecin différent ;
- l'aide de l'assistante sociale, présente à temps plein, pour les démarches en vue de l'accès aux droits en termes de couverture sociale ;
- un accompagnement individualisé ;
- la remise de médicaments ;
- l'accès au plateau technique et aux consultations du CHU.

Le Centre de Médecine Préventive de Vandœuvre-lès-Nancy

Le Centre de Médecine Préventive est un Centre d'Examens de Santé (CES) qui a pour mission de permettre prioritairement aux populations les plus fragiles un examen périodique de santé (EPS).

Il propose ainsi :

- des bilans de santé personnalisés (questionnaire de santé, bilan biologique, examen dentaire, consultations médicales et paramédicales) pris en charge à 100% par la sécurité sociale tous les 5 ans, sans avance de frais ;
- un dépistage des IST et une aide au sevrage tabagique.

2) Consultations spécialisées

Les Centres de Vaccination (CV)

La mission de vaccination était anciennement exercée par les Conseils Généraux. Abandonnée en 2006 par ces derniers, elle a été reprise dans la plupart des cas par les établissements hospitaliers. Il existe en Lorraine 11 CV dont l'objectif est d'assurer la vaccination et la mise à jour des vaccinations pour les populations en difficulté.

Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)

La lutte contre la tuberculose est aussi une ancienne mission des Conseils Généraux. Elle a également été reprise dans la plupart des cas par les centres hospitaliers depuis 2006/2007.

Les missions du CLAT sont :

- l'information au grand public et aux professionnels médicaux et sociaux des méthodes de prévention, de dépistage et de traitement de la tuberculose ;
- la prise en charge des malades et enquêtes autour des cas ;
- la gratuité du dépistage et du traitement des personnes à risque ;
- une aide dans la régularisation des droits ;
- la réalisation d'un relevé épidémiologique et sa notification à l'ARS.

Les Centres d'Information, de Dépistage, de Diagnostic et de traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (CIDDIST)

Ils ont été créés en 2006/2007 en même temps que les CV et les CLAT.

On compte 9 CIDDIST en Meurthe-et-Moselle qui s'ajoutent aux Centres de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG).

Ils fonctionnent également sur le principe de l'anonymat, de la confidentialité et de la gratuité des soins dispensés. Les CIDDIST proposent des entretiens individuels, un accueil anonyme, des conseils, des consultations médicales, des examens biologiques et des traitements adaptés.

L'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes (UFATT)

L'UFATT, localisée à Nancy, est un service qui propose aux toxicomanes une prise en charge pluridisciplinaire (médecins, psychologues, travailleurs sociaux).

Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (C.C.A.A.)

Cette structure propose des consultations médicales sur rendez-vous au CHU de Nancy. Des rencontres et échanges en groupes de parole sont également possibles.

Un accueil en hospitalisation est enfin permis en Médecine L au CHU de Nancy ou dans d'autres services hospitaliers.

La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

La PMI est un service de santé publique de proximité au service des familles, des femmes enceintes et des jeunes enfants. Elle assure les missions suivantes :

- gestion des Centres de Planification et d'Education Familiale ;
- visites à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de 0 à 6 ans ;
- consultations de la petite enfance ;
- bilan de santé en école maternelle dans toutes les écoles ;
- attention particulière pour les enfants en danger, en situation de précarité et les enfants présentant un handicap ;
- contrôle et surveillance des structures d'accueil ;
- agrément, suivi et formation des assistantes maternelles.

Les Centres de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)

Les CPEF sont des services qui dépendent de la PMI du Conseil Général. Il y en a 8 en Meurthe-et-Moselle, dont 3 sur le Grand Nancy. Les CPEF proposent :

- consultations gynécologiques, gratuité de la contraception ;
- possibilité de rencontrer une conseillère conjugale, une sage-femme, une assistante sociale ;
- entretien pré-IVG pour les jeunes filles mineures ;
- consultations gratuites et anonymes ;
- prévention et information dans les écoles primaires, dans les collèges et les lycées.

Les Centres Médico-Sociaux (CMS)

Selon le site officiel, le Conseil Général compte 55 centres médico-sociaux implantés en Meurthe-et-Moselle, répartis sur les six grands territoires de Meurthe-et-Moselle : Longwy (5 CMS), Briey (6 CMS), Val de Lorraine, de Frouard à Pont à Mousson (9 CMS), Nancy et Couronne (22 CMS), Lunévillois (7 CMS), Terres de Lorraine, autour de Toul (4 CMS) (2CMS ne sont pas listés) (31).

Ces centres de proximité sont constitués d'équipes pluridisciplinaires de professionnels

chargées d'informer, accompagner et protéger les personnes et les familles ; et de mettre en œuvre des actions de prévention et d'insertion adaptées à chacun dans le cadre de la lutte contre les exclusions ; de mener des actions de santé en direction des familles, des enfants, des femmes enceintes (31)

Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)

Les CMP, auparavant dénommés dispensaires d'hygiène mentale, sont des établissements publics spécialisés qui proposent des soins mentaux ou de psychiatrie, pris en charge par la Sécurité Sociale.

Un CMP regroupe des médecins psychiatres, des psychologues cliniciens, des infirmières, des assistantes sociales, et des éducateurs spécialisés. Il assure généralement des consultations, des visites à domicile ou encore des soins infirmiers. Les CMP sont en charge d'un secteur géographique déterminé. Ils sont rattachés à un hôpital public.

Les Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)

Les CMPP sont des lieux de consultations et de soins ambulatoires accueillant des enfants, des adolescents et de jeunes adultes (jusqu'à 20 ans), présentant des difficultés de comportement, relationnelles, scolaires, de langage et psychomotrices. Une équipe pluridisciplinaire assure des fonctions d'accueil, d'écoute et de soins.

La clinique dentaire de la CPAM

Elle est située à Nancy et propose des soins dentaires plus abordables qu'en libéral.

Concernant les cinq autres territoires du département, les structures hospitalières de proximité sont les principaux relais.

e) Associations de solidarité

Elles sont nombreuses et comme nous l'avons déjà précisé, il serait impossible de présenter ici une liste exhaustive. Nous ne citerons que les plus connues.

Médecins du Monde (MDM) et la soupe pour les sans-abri

MDM est créé, par Bernard KOUCHNER en 1980 en France, sur le principe « *aller là où les autres ne vont pas, témoigner de l'intolérable et travailler bénévolement* » (32)

L'association intervient lors de grandes crises internationales et lutte aussi dès 1986 contre l'exclusion en France en ouvrant un centre de soins et le premier centre de dépistage du VIH, volontaire, anonyme et gratuit à Paris.

Depuis, Médecins du Monde s'engage à :

- Soigner les populations les plus vulnérables, à travers 104 programmes dans 29 villes, 82 actions mobiles d'accès à la prévention et aux soins dans 24 villes et 21 Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO).

La Mission France de MDM à Nancy propose actuellement dans ses centres d'accueil, des consultations de médecine générale gratuite, 3 jours par semaine.

MDM Nancy propose également des consultations médicales avancées, lors de la distribution de la soupe pour les sans-abri.

- Témoigner des entraves constatées quant à l'accès aux soins

- Obtenir des améliorations durables des politiques de santé et des pratiques médicales afin d'obtenir un égal accès aux soins pour tous.

Par cet engagement, l'association s'est révélée précurseur des initiatives et des lois de lutte contre les exclusions.

Jacques LEBAS, Président de Médecins du Monde de 1989 à 1991, avait identifié toutes les causes de l'exclusion et leurs retentissements sur la santé des personnes en situation précaire. Toutes ces problématiques sont présentées dans l'ouvrage « *Précarité et Santé* » publié en 1998 (33).

Les mesures proposées dans la loi contre les exclusions sont inspirées des nombreux travaux à l'origine de cet ouvrage, auxquels les auteurs et collaborateurs ont fortement contribué, en lien avec Médecins du Monde et d'autres associations de solidarité.

Le Docteur Jacques LEBAS a été le pionnier des PASS, avec la polyclinique Baudelaire, premier dispositif PASS, créé en 1992. Elle a été suivie de 1993 à 1997 d'une quinzaine d'ouvertures de structures du même type, avant de donner lieu à la généralisation du dispositif par la loi de 1998 (16).

Plus récemment, Médecins du Monde a été à l'initiative du premier testing concernant le refus de soins à l'égard des patients bénéficiaires de la CMU en 2006. L'IRDES s'en est inspiré pour en réaliser un nouveau trois ans plus tard.

ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde

Cette association, créée en 1957 par le père Joseph WRESINSKI, initialement "Aide à Toute Détresse" Quart Monde, a pris depuis une ampleur internationale.

La délégation régionale de Nancy a pour vocation de lutter contre la misère et les exclusions, en s'engageant auprès des plus pauvres, afin de garantir l'accès à leurs droits fondamentaux.

Son action s'organise autour d'une bibliothèque de rue, de journées familiales du partage du savoir, d'ateliers culturels, de groupes jeunes, de participation aux groupes de réflexion locaux.

Elle propose également de la formation auprès des professionnels (Santé - Enseignement), et mène une action médiatique visant à créer un courant d'opinion, interpeller les partenaires sociaux, les associations, les églises, les instances locales et nationales.

Autres exemples d'associations

Nous pouvons encore citer : Amitiés tsiganes, Armée du Salut, Mouvement du Nid, Restaurants du Cœur, Secours Populaire Français, SOS Amitiés Nancy Lorraine, Tremplin, etc. (26).

E. LA PRECARITE DU POINT DE VUE DES MEDECINS GENERALISTES

Une enquête demandée par la Croix Rouge à la SOFRES, lors du lancement de la campagne d'hiver 1998-1999, s'adressait à 227 généralistes interrogés sur le nombre de patients en situation de précarité reçus en moyenne chaque semaine en consultation (34). Les réponses étaient comme prévu, assez différentes d'un praticien à l'autre :

31 % des médecins ne voyaient aucun patient précaire, 22 % un seul patient ;

13 % deux patients ; 20 % trois patients ;

14 % six patients et plus, ce dernier groupe exerçait dans les quartiers en difficulté ; 84 % ignoraient le 115 ; deux tiers travaillaient en réseau ; un tiers : peu ou jamais.

F. FORMATION A LA PRECARITE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES EN MEURTHER-ET-MOSELLE

Avant 2008, il n'existait pas de formation sur la précarité dans la formation des médecins généralistes à Nancy.

En 2008, la *Semaine Médicale de Lorraine* a été inaugurée par une conférence du Professeur GILGENKRANTZ sur *L'accès aux soins en France des populations précaires, le point de vue de Médecins du Monde*.

Depuis cette date, à l'initiative du Docteur MAIGNAN, chef de service de la PASS du CHU et en collaboration avec les enseignants du Département de Médecine Générale, un séminaire est consacré à la *Prise en charge des Patients Précaires et Migrants* au programme de DES de Médecine Générale.

Dans quelques autres universités françaises, il existe des diplômes universitaires sur le thème de la précarité, notamment à Lille, Paris Descartes, Clermont-Ferrand et Grenoble.

Un enseignement est proposé pour les DCEM3 (Deuxième Cycle des Etudes Médicales, 3^{ème} année) à Toulouse.

2. LA SANTE DES MIGRANTS : LE CAS PARTICULIER DES PRIMO-ARRIVANTS

La France est un pays d'immigration depuis plusieurs siècles et pourtant elle entretient avec cette question des relations qui restent complexes.

Parler des migrants nécessite tout d'abord de reprendre quelques définitions, car il y a souvent des confusions entre les termes « immigrés », « étranger », « migrant », demandeur d'asile », « réfugié », « sans-papiers » ou « clandestin » (35).

Migrant : personne ayant vécu à l'étranger et résidant désormais en France, terme utilisé notamment en santé publique.

Immigré : personne née étrangère dans un pays étranger et résidant désormais en France, terme et définition utilisés pour le recensement démographique (INSEE). Une personne reste immigrée même si elle acquiert la nationalité française.

Etranger : personne qui n'a pas la nationalité française, terme utilisé par les autorités de police et les associations de soutien juridique. L'expression « étranger malade » correspond à la transposition administrative du droit au séjour pour raison médicale.

Exilé : personne contrainte de vivre hors de son pays d'origine, terme évoquant notamment les conséquences psychologiques des migrations forcées.

Demandeur d'asile : personne ayant demandé le statut de réfugié au titre de la Convention de Genève de 1951.

Réfugié : personne ayant obtenu le statut de réfugié ou la protection subsidiaire accordés par l'OFPRA (Office Français de Protection des Réfugiés et Apatrides), ou la Commission de recours des réfugiés.

Sans-papiers ou clandestin : étranger en séjour irrégulier, termes destinés par leurs utilisateurs à souligner le caractère légitime (attaches en France du « sans-papiers ») ou illégitime (situation irrégulière du « clandestin ») de la présence de la personne.

La migration est souvent vécue comme un déracinement, ou une rupture, engendrant des difficultés de plusieurs ordres.

On pense bien sûr à la barrière de la langue, mais il faut considérer que le migrant se trouve également confronté à des difficultés de compréhension globale du fonctionnement du pays d'accueil aux niveaux administratif, économique, social et culturel. La prise en compte de sa santé n'est que rarement la priorité.

Les études montrent que les migrants sont plus souvent en situation précaire que le reste de la population. Leurs revenus sont en moyenne inférieurs de 32%, leur niveau de vie inférieur de 26%, le risque de chômage est plus élevé, et les conditions de logement sont moins favorables.

Ils sont de plus exposés à des phénomènes de précarisation spécifiques, du fait de leur statut juridique pour les étrangers en séjour précaire, et de discriminations, notamment dans l'accès aux soins (35).

Certaines pathologies sont retrouvées de manière plus spécifique chez ces populations de migrants. Outre les maladies cardio-vasculaires et le diabète qui sont les principales causes de soins de longue durée chez les étrangers disposant d'un titre de séjour ; on relève des taux de prévalence significativement plus importants de maladies infectieuses avec en particulier le VIH, les hépatites virales chroniques et la tuberculose. Enfin, il faut également citer la fréquence importante des psycho-traumatismes, générateurs de crises d'angoisse et d'états de stress post-traumatique (35).

3. L'INTERACTION MEDECIN-PATIENT

A. ETUDE INTERMEDE

A partir de l'exemple de l'obésité, l'étude pilote INTERMEDE menée en 2008, avait pour objectif d'explorer comment l'interaction médecin-patient dans le cadre de la consultation de médecine générale peut contribuer à construire, aggraver ou compenser des inégalités sociales de santé (2).

Une des hypothèses de cette étude est que l'interaction patient-médecin est un élément clé de l'utilisation et de l'efficacité du système de soins, mais surtout que *cette interaction est différenciée selon les caractéristiques du patient.*

La méthode utilisée était un questionnement « en miroir » du patient et du médecin, avant, tout de suite après et 15 jours après la consultation enquêtée. Les dimensions « en miroir » recueillies par des enquêteurs à l'aide de questionnaires standardisés concernaient : les caractéristiques socio-économiques ; le(s) motif(s) de la consultation, les problèmes de santé notamment de surcharge pondérale et les prescriptions.

La première phase du projet INTERMEDE consistait à aborder la disparité de la relation de communication entre médecin et patient selon deux points de vue : une méthode globale d'analyse basée sur une analyse quantifiée des interactions permettant de visualiser des profils d'échanges et d'en apprécier la diversité ; une méthode globale basée sur l'analyse de marques linguistiques permettant de décrire les mécanismes de co-compréhension qui conditionnent la qualité de la relation entre le médecin et le patient.

Leur objectif est d'articuler ces deux approches, et dans un deuxième temps, d'examiner la relation entre les disparités et les catégories socioprofessionnelles des patients.

Les premiers résultats publiés en 2008 (2) annonçaient que l'étude allait permettre de démontrer le rôle de l'interaction médecin-patient dans la construction (ou dans la réduction) d'inégalités sociales d'observance, d'accès secondaire aux soins de santé et in fine d'état de santé.

A ce jour, elle a déjà permis de mettre en évidence des variabilités de prise en charge liées à des particularités relationnelles entre le médecin et ses différents patients, et entre les médecins.

« Ces éléments permettraient de saisir et de comprendre les disparités de traitement observées qui peuvent produire des inégalités de santé. » (36)

B. ETUDE PARUE DANS LE JAMA (JOURNAL OF AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION)

Une étude quasi-randomisée en simple aveugle a été menée en entre juillet 2008 et avril 2009 par l'Université de l'Illinois à Chicago. 124 étudiants de 4^e année clinique en stage en médecine interne ont participé et ont été évalués.

L'objectif était d'évaluer l'intérêt d'une formation des médecins visant à améliorer leur capacité à tenir compte de l'environnement particulier du patient dans la prise en charge thérapeutique (*« contextualizing »*), afin de minimiser les obstacles à une bonne compliance (*« contextual errors »*) (37).

Les étudiants ayant bénéficié d'une formation de 4h à cette approche contextuelle, étaient significativement plus aptes à prendre en compte les problématiques liées à l'environnement lors de la prise en charge d'un patient (90%), contre seulement 62% pour ceux qui n'avaient pas bénéficié de la formation. Ils étaient par ailleurs significativement plus aptes à proposer une prise en charge thérapeutique adaptée à cet environnement (69% [95% CI, 57%-81%] vs 22% [95% CI, 12%-32%]). Il n'y avait pas par contre, de différence significative concernant la prise en charge strictement médicale des patients.

Cette étude met ainsi en évidence l'intérêt d'une formation des médecins à la prise en compte de l'environnement du patient dans leur approche de soins (*« contextualized care for individual standardized patients »*) (37).

C. ENQUETE DE L'IRDES SUR LE REFUS DE SOINS AUX PATIENTS BENEFICIAIRES DE LA CMUC

Cette étude, commandée et financée par le Fonds CMU, a été réalisée en décembre 2008 et janvier 2009 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) auprès d'un échantillon représentatif de médecins libéraux de secteur 1 et 2 (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et dentistes parisiens, soit 861 praticiens (38). L'objectif de cette étude était notamment de **mesurer le refus de soins de plusieurs catégories de praticiens libéraux à l'égard des bénéficiaires de la CMU et d'étudier les déterminants de ce refus.**

La méthode choisie était celle du testing, qui permet de mettre en évidence et d'analyser les discriminations. Il s'agissait dans ce cas de chercher à obtenir un rendez-vous par téléphone, auprès de plusieurs catégories de professionnels de santé.

Les premiers testings sur le refus de soins avaient été réalisés par des associations (Médecins du Monde et Que Choisir), mais ne présentaient pas tous la rigueur nécessaire à une démarche à proprement parler scientifique.

Pour cette étude, l'appel a été réalisé par des acteurs et a fait l'objet d'un script, anticipant l'ensemble des questions possibles de manière à réaliser un protocole invariant d'un appel à l'autre dans le début de l'échange.

Parmi ces 861 praticiens, environ **un quart d'entre eux refusaient les patients du fait qu'ils bénéficiaient de la CMU.** Pour les dentistes, ce taux de refus imputable à la CMU atteint presque un tiers. Il s'élève à environ 20% pour les omnipraticiens, avec 33% pour ceux installés en secteur 2 et 9% pour ceux du secteur 1. Ce taux de refus atteint 38% chez les gynécologues. Il est de 28% pour les ophtalmologues. Il est en revanche plus faible pour les radiologues avec environ 5%.

Fréquemment les praticiens ont justifié leur attitude de refus, même s'il ne leur était rien demandé : « *ce qui en soi suggère un certain sentiment de malaise* ».

La lourdeur administrative était la raison la plus souvent invoquée.

La perte économique n'était pas explicitement mentionnée mais pouvait être inférée des discours prononcés (38).

D. AUTRES ETUDES

Les deux associations ATD Quart-Monde et Médecins du Monde comptent également dans leurs activités une action de recherche, et ont publié plusieurs études autour de la relation médecin-patient en situation de précarité, parmi lesquelles notamment :

- ATD Quart-Monde : *Recherche Action : La Relation Soignant/Soigné – « Le croisement des savoirs » 2001 (39) ;*
- MDM : *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France Octobre 2006 (40) .*

DEUXIEME PARTIE: ETUDE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DE MEURTHE-ET-MOSELLE – PRESENTATION DE L’ETUDE QUALITATIVE

1. INTRODUCTION

Notre travail s’appuie sur deux hypothèses initiales.

La première est que les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité.

La seconde est que les médecins généralistes connaissent mal la précarité, les particularités de sa prise en charge, les droits des patients en situation de précarité, et les structures médico-sociales existantes.

Ainsi les objectifs de notre travail sont, dans un premier temps, d’identifier les difficultés ressenties par nos confrères dans leur pratique quotidienne. Pour cela, nous souhaitons recueillir et analyser l’expérience que les médecins généralistes ont de la précarité.

A la suite de ces analyses et en s’appuyant sur les propositions des médecins, nous envisagerons des pistes d’améliorations possibles et réalisables dans les prises en charge de leurs patients.

2. RAPPEL DE L’ETUDE QUANTITATIVE

A. MATERIEL ET METHODE

Cette première étude s’est présentée sous la forme d’un questionnaire accompagné d’un courrier d’information sur les objectifs de notre travail. Ces deux documents ont été envoyés

par courrier aux 856 médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle.

Elle visait avant tout à confirmer l'existence de difficultés dans la prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, ainsi qu'à recueillir des informations sur le profil des médecins généralistes, leur connaissance de la précarité et sur les difficultés rencontrées dans sa prise en charge.

B. APPORT DE L'ETUDE QUANTITATIVE POUR L'ELABORATION DE L'ETUDE QUALITATIVE

Les questionnaires ont été envoyés le 29.03.2009.

Le fort taux de réponses (46,5%) ainsi que la première lecture des questionnaires a rapidement permis de confirmer l'hypothèse de départ selon laquelle les médecins rencontrent des difficultés dans la prise en charge de leurs patients précaires.

Les résultats de cette étude étaient en cours d'analyse lorsque nous avons abordé l'élaboration de la méthode de l'étude qualitative. Ils seront principalement utilisés pour la confrontation des deux études.

3. L'ETUDE QUALITATIVE

Pour cette deuxième partie de l'enquête, nous avons décidé de réaliser une étude qualitative afin de compléter les données recueillies par l'étude quantitative.

Ses objectifs propres sont :

- recueillir les ressentis et expériences des médecins généralistes dans la prise en charge de patients en situation de précarité ;
- préciser les difficultés rencontrées afin d'établir des liens entre les expériences des médecins et les ressources qu'ils utilisent ;
- comprendre les besoins des médecins en vue d'envisager des pistes de travail pour développer des outils d'amélioration adaptées et réalisables.

Cette étude a consisté en des entretiens enregistrés et filmés avec des médecins généralistes ayant auparavant reçu le questionnaire de la première étude, comme tous les autres médecins généralistes du département de Meurthe-et-Moselle.

A. PRINCIPE DE LA METHODE QUALITATIVE

Elle est conçue pour observer l'interaction sociale et comprendre les perspectives individuelles. Elle renseigne sur les expériences des individus, les raisons de leur démarche et le genre d'incitation qui peut les amener à changer.

Elle permet ainsi d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensée et des représentations, et de comprendre comment une situation particulière apparaît.

La sélection des participants doit permettre la diversification des données, c'est-à-dire de capter divers points de vue ou représentations du phénomène de l'étude (41).

B. MATERIEL ET METHODE

1. Méthode

a) Choix de la méthode des entretiens : individuels vs groupes

Afin de faire le meilleur choix entre des entretiens individuels ou des entretiens de groupes, nous avons sollicité l'avis de plusieurs personnes expérimentées dans la direction des uns ou des autres.

Nous avons tout d'abord envisagé des entretiens individuels. Nous imaginions qu'il serait plus aisé d'organiser des rencontres aux cabinets des médecins, déjà fort occupés, car cela leur aurait évité de se déplacer et aurait pu être intégré dans leur journée de travail.

L'entretien individuel nous semblait une méthode qui permet une meilleure maîtrise de la discussion, plus facile à cadrer que dans une réunion de groupe où le nombre d'intervenants peut donner lieu à diverses digressions plus ou moins pertinentes.

Nous avons rencontré le Professeur Xavier DUCROCQ, Président du Comité d’Ethique du CHU de Nancy, membre de notre jury, avec lequel nous avons envisagé les avantages et inconvénients des entretiens individuels versus ceux des entretiens de groupe. Nous avons également discuté l’intérêt d’entretiens « dirigés », « semi-dirigés » ou « libres », ainsi que les thèmes à voir aborder au cours des entretiens.

Nous nous sommes ensuite entretenues avec le Docteur Mathilde GEHIN, qui a mené un travail de thèse de médecine générale en 2008, en utilisant la méthode des focus groups - *Réflexions éthiques sur l’information et le consentement éclairé pour la pose de gastrostomie percutanée endoscopique : utilisation des focus groups pour l’élaboration de documents d’aide à l’information et à la décision* (42). Son expérience positive de cette technique d’entretiens de groupes nous a encouragées à étudier son intérêt dans le cadre de notre recherche.

Puis, nous avons sollicité le Professeur François KOHLER, président de notre jury, qui nous a conseillé, si nous optons pour des entretiens de groupes, de privilégier des entretiens semi-dirigés, afin de garder le maximum de contrôle des échanges. Il a insisté aussi sur le choix d’un animateur neutre, possédant une bonne capacité de synthèse. Il nous a donné des conseils quant à la méthode d’enregistrement des entretiens. Enfin, il nous a permis de contacter un intervenant de l’Institut Régional de Travail Social (IRTS) afin d’obtenir un autre avis sur le type d’entretiens à privilégier.

Suite à cela, nous avons été reçues par le Professeur Alain AUBREGE, médecin généraliste, alors enseignant et responsable de la formation des internes au sein du Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy, expérimenté dans la méthode des focus groups.

L’intérêt de la dynamique de groupe dans la richesse des échanges, et la facilité d’organisation de ces entretiens ont été mis en évidence. D’autre part, les biais à craindre quant à la sélection des personnes intéressées par le sujet sont apparus minimisés dans la mesure où pour notre sujet, les participants pouvaient être intégrés via des groupes de pairs ou de formation médicale continue (FMC) au sein desquels les profils de médecins sont variés.

Nous avons en dernier lieu rencontré Monsieur Gilles DUMAIT, linguiste travaillant pour l’IRTS de Lorraine, en charge de nombreuses études sociologiques sur le département, et spécialisé dans la direction d’entretiens individuels.

Le premier point mis en évidence par cet entretien était que le recrutement sur la base du volontariat pouvait être source de difficulté. Pour rappel : il nous fallait motiver au moins une trentaine de médecins pour obtenir un échantillon satisfaisant pour notre étude. D'autre part, même si la réalisation d'une enquête qualitative ne nécessite pas un échantillon représentatif, nous avons réalisé qu'un tel recrutement risquait de manquer d'hétérogénéité s'il ne réunissait que des médecins suffisamment intéressés par le sujet pour y consacrer le temps nécessaire à notre étude.

Une deuxième difficulté fréquemment rencontrée avec une méthode d'entretiens individuels est que même parmi les volontaires, certains ne parlent quasiment pas ; tous les entretiens ne sont donc pas obligatoirement informatifs.

Enfin, Mr DUMAIT nous a présenté l'intérêt particulier de l'entretien individuel lorsque le sujet renvoie à des problématiques intimes difficiles à exposer en public. Il restait à déterminer si tel était le cas pour celle de la précarité.

Sur ses conseils, nous avons ainsi décidé de mener deux entretiens individuels à titre d'essai.

b) Deux entretiens individuels

Nous avons ainsi organisé deux entretiens individuels avec des médecins s'étant portés spontanément volontaires lors du contact téléphonique établi à l'occasion de l'étude quantitative.

1) Matériel et méthode

Premier entretien

Médecin n°1 –Médecin généraliste homme, installé en ZUS (Haut du Lièvre) au sein d'un cabinet de groupe

Deuxième entretien

Médecin n°2– Médecin généraliste femme, installée seule également en ZUS, à Tomblaine.

Nous avons rencontrés chacun des médecins à leur cabinet après avoir pris rendez-vous, équipées d'un dictaphone numérique. Nous leur avons demandé l'autorisation d'enregistrer l'entretien uniquement à des fins de retranscription. Ceci ne sembla pas poser de difficulté particulière.

Les entretiens ont été limités à environ 25 minutes.

Nous avons opté pour des entretiens semi-directifs, permettant de prévoir les points qu'il nous paraissait essentiel d'aborder, tout en laissant la liberté au sujet entretenu de s'exprimer sur d'autres aspects qu'il estimerait pertinents.

2) Résultats et conclusion sur le choix de la méthode

Nous ne développerons pas ici le contenu de ces deux entretiens dont la conduite était uniquement destinée à préciser la méthode à utiliser pour les entretiens.

Concernant la méthode de l'entretien individuel, nous avons retenu une difficulté notable : il s'est avéré extrêmement compliqué de rencontrer le médecin pendant sa journée de consultation. Nous sommes parvenues à rencontrer le premier médecin le jour prévu, mais avec un très grand retard, tard le soir en fin de consultation.

Le rendez-vous avec le deuxième médecin fut annulé et reporté à deux reprises. Lorsque nous l'avons finalement rencontré, l'entretien a dû être écourté en raison d'une urgence. De plus, nous avons réalisé qu'un temps est nécessaire pour vraiment entrer dans le vif du sujet, et que la disponibilité du médecin pouvait être altérée si celui-ci était entre deux consultations.

L'organisation de tels entretiens ne paraissait pas compatible avec le délai de deux mois dont nous disposions pour les réaliser.

Concernant la méthode d'entretien semi-directif, il nous est apparu primordial de bien préparer les questions, ou tout au moins les thèmes que nous souhaitions voir aborder. Même lors d'un entretien individuel, il est difficile de cadrer la discussion. Nous avons réalisé l'importance de travailler la technique d'entretien.

Après concertation, nous avons conclu d'autre part que le thème de la précarité ne semble pas induire de réticences particulières à exprimer des idées personnelles. Et même si tel était le cas, cela peut être minimisé lors de la réunion d'un groupe de pairs où les médecins se connaissent bien.

Ces éléments nous ont confirmé l'intérêt de privilégier des entretiens de groupes. Nous nous sommes ainsi documentées de façon plus approfondie sur la méthode des focus groups et elle est apparue particulièrement adaptée à un sujet comme celui de notre étude où les données de la littérature sont encore peu nombreuses.

Nous avons en dernier lieu bénéficié de l'aide précieuse de la responsable du Département Communication du CHU de Nancy, Mme Laurence VERGER, journaliste de formation, qui nous a conseillé sur la technique d'enregistrement des entretiens (camera fixe, choix du champ, intérêt d'un double enregistrement audio et vidéo afin de faciliter la retranscription, préparation du matériel avant l'arrivée des participants).

c) La méthode des focus groups

C'est une technique d'entretien de groupe qui permet de collecter des informations sur un sujet ciblé. Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons pour les travaux de recherche en soins primaires, dans une optique qualitative de recueil d'informations et d'opinions, de manière systématique et vérifiable sur des thèmes variés (43)

La dynamique de groupe permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion.

Dans notre cas, cette méthode qualitative intervient après une approche quantitative par questionnaires. Les questionnaires comprenaient, entre autres, un certain nombre de questions ouvertes. Ainsi, les focus groups ont été utilisés afin de clarifier et détailler certaines idées émises lors de la première phase. Cette méthode doit également permettre l'émergence de nouvelles idées non attendues.

d) Recueil des données

1) Le modérateur et l'observateur

Un modérateur est chargé d'animer le groupe. Son objectif est de faire émerger les différents points de vue, en interférant le moins possible. Il doit bien maîtriser la reformulation, la clarification et l'esprit de synthèse.

Nous avons choisi des personnes de notre entourage proche entraînées par leur profession à l'animation de réunions pour assurer le rôle des modérateurs. Ainsi nos deux conjoints ont mené respectivement deux et trois entretiens. Nous avons également bénéficié de la collaboration de Mme Anne FLYE SAINTE MARIE, Maîtresse de Conférences en Sciences de l'Education à l'Université de Nancy qui a accepté d'animer le groupe qui s'est réuni au Département de Médecine Générale de la Faculté de Médecine de Nancy.

L'une de nous assurait le rôle d'observateur du groupe, et était en charge du bon déroulement des enregistrements.

La deuxième était assise aux côtés du modérateur, jouant un rôle de co-animation et d'observation avec possibilité d'intervenir pour répondre à des questions spécifiques posées par le modérateur ou les participants, ou pour recadrer le sujet en cas de digression trop importante.

Afin de diminuer le risque de biais dans les interactions, nous avons préféré éviter la co-animation entre conjoints. Ainsi les duos d'animation étaient tels que Thomas QUERRIOUX animait avec Cécile FLYE SAINTE MARIE, et Nicolas FLYE SAINTE MARIE animait avec Isabelle QUERRIOUX.

2) Elaboration de l'agenda

L'agenda est le terme désignant la liste des questions qui seront abordées au cours de la séance, utilisé pour cette méthode des focus groups. Il doit consister en une demi-douzaine de questions courtes et claires qui doivent être ouvertes afin que la parole soit engagée et libre et permette de stimuler le travail du groupe.

Nous avons repris les quatre grands thèmes abordés dans l'étude quantitative :

- 1) Représentation, définition de la précarité dans leur pratique professionnelle**
- 2) Relation médecin-patient en situation de précarité dans les soins et les difficultés rencontrées/ressentis dans les situations difficiles/analyse de leur pratique dans les situations difficiles**
- 3) Vision et expérience des relations aux différents acteurs de prise en charge (travailleurs sociaux, structures médico-sociales)**
- 4) Besoins et propositions pour faciliter leur exercice/optimiser les prises en charges/améliorer l'accès aux soins**

La première réunion a permis de vérifier si la forme des questions était adaptée. Nous avons apporté une modification entre le premier et le deuxième groupe dans la formulation de la première, et de la dernière question.

Le modérateur a demandé au premier groupe dès le début de la rencontre quelle était leur « représentation de la précarité ». Nous avons alors constaté qu'il leur a été difficile de nous donner des exemples concrets permettant de préciser leurs idées. Nous avons décidé, après concertation avec une professionnelle de l'entretien de groupe, de recueillir en premier lieu des récits d'expérience où ils pensaient avoir eu à gérer un problème de précarité, afin de pouvoir dégager dans un second temps les représentations de la précarité pour chacun.

De même, la formulation de la dernière question a été modifiée après le premier entretien. Au lieu de leur demander de faire des propositions pour améliorer leur exercice, nous avons interrogé les médecins sur leurs besoins éventuels. De ces besoins ont découlé des propositions.

2. Matériel

a) Recrutement des participants

L'étude se situant sur un territoire donné, nous avons choisi des participants issus des grands secteurs de ce territoire.

Le découpage de la Meurthe-et-Moselle implique des particularités et outils propres à chaque territoire. Les services du Conseil Général y sont représentés de façon équilibrée mais les autres institutions et associations sont bien spécifiques à chaque territoire.

Notre souci d'explorer des ressentis et expériences de médecins rapportées à leur pratique quotidienne justifie l'intérêt que les grands secteurs soient représentés.

Nous avons défini des groupes de médecins, dont les zones d'exercice sont réparties sur les six secteurs du département identifiés par les services départementaux en 2004 : Longwy (Z1), Briey (Z2), Val de Lorraine (Z3), Nancy et Couronne (Z4), Terres de Lorraine (Z5), Lunévillois (Z6) (cf *Première Partie-Carte n°2*)

Sur les six groupes à constituer, il nous a semblé pertinent de choisir deux groupes sur les secteurs de Nancy et couronne, en rapport avec la démographie médicale importante sur cette zone, et un seul pour le nord du département pour représenter les secteurs de Longwy et Briey.

Un médecin du secteur Val de Lorraine a participé à l'un des groupes de Nancy.

Un groupe sur le secteur de Toul et un sur le secteur de Lunéville ont pu représenter le reste du département.

Un groupe de médecins remplaçants a complété l'échantillon, apportant des expériences différentes du fait de leur exercice particulier.

Les six groupes comptaient 3 à 6 médecins généralistes volontaires, pour un total de 28 médecins interrogés, dont 23 hommes et 5 femmes. Quatre personnes se sont désistées.

Les groupes ont été recrutés pour trois d'entre eux parmi des groupes de pairs déjà existants, c'est-à-dire des groupes de médecins généralistes se réunissant en général tous les mois pour discuter de cas cliniques.

Un autre groupe a l'habitude de se réunir dans le cadre de la formation médicale continue (FMC). Le groupe du secteur lunévillois s'est réuni spécifiquement pour notre étude avec des médecins volontaires. Le groupe de médecins remplaçants a été formé via l'association de médecins remplaçants REAGJIR Lorraine.

Les groupes ont été numérotés selon l'ordre chronologique des entretiens.

Groupe 1 : Groupe de pairs Nancy – 3 femmes, 2 hommes (1 désistement)

Groupe 2 : Groupe de remplaçants – 4 hommes, 1 femme

Groupe 3 : Groupe de pairs Nancy – 6 hommes

Groupe 4 : Groupe de pairs Joeuf – 4 hommes

Groupe 5 : Groupe de 3 médecins volontaires sur le secteur de Baccarat (3 désistements)

Groupe 6 : Groupe de formation médicale continue du Toulousain - 4 hommes, 1 femme

b) Déroulement des entretiens

Les six entretiens, d'une durée moyenne d'une heure et trente minutes, se sont déroulés en soirée entre le 27 mai et le 2 juillet 2009, à l'occasion des rencontres mensuelles pour les groupes de pairs, aux dates qui convenaient le mieux pour les autres. Ceci a été possible grâce à l'aide, et à la généreuse disponibilité des médecins volontaires.

Le choix des lieux de réunion s'est fait en fonction des possibilités pour chaque groupe.

Les groupes de pairs et de FMC nous ont permis d'utiliser les locaux où ils se rencontrent habituellement. Le groupe des remplaçants a pu se réunir dans les locaux de l'association REAGJIR Lorraine. Le groupe du Lunévillois s'est réuni dans une des salles de réunion de l'hôpital local de Baccarat où travaille l'un des médecins présents à la réunion.

Les entretiens ont été filmés par une caméra numérique fixée sur un pied, ce à quoi s'est ajouté un enregistrement avec un dictaphone numérique pour faciliter la retranscription.

Les participants ont bien entendu été informés au préalable de la technique utilisée, et assurés du fait que les enregistrements ne seraient utilisés que pour la retranscription des entretiens et seraient détruits une fois la retranscription achevée.

Le modérateur accueillait les participants autour d'une table où l'on avait disposé des rafraîchissements, et reprenait en début de séance une présentation de notre sujet de thèse, et des deux études qui le constituent. Il expliquait également aux participants le principe de la méthode des focus groups, avant de leur présenter les différentes questions qui seraient évoquées au cours de la soirée.

3. Analyse de contenu

Nous nous sommes efforcées d'utiliser une procédure d'analyse la plus systématique possible, afin de minimiser la part subjective et obtenir une étude reproductible. Cette méthode nous a été conseillée par Mlle Stéphanie RUBI, Maîtresse de Conférences en Science de l'Éducation à l'Université de Nancy 2.

Nous avons dans un premier temps, à l'issue de chaque entretien réalisé un compte-rendu contenant les commentaires immédiats du modérateur et de l'observateur.

Les six entretiens ont été ensuite retranscrits ; la moitié d'entre eux par Mlle Marine MAIZEAU, étudiante assistante sociale, embauchée pour cette tâche, et l'autre moitié par Isabelle QUERRIOUX.

Afin de respecter l'anonymat, les médecins de chaque groupe sont désignés par des numéros allant de 1 à 6 dans les résultats et sur les retranscriptions présentées en annexe (*Annexe 2*).

a) Analyse thématique verticale

Nous avons ensuite étudié les retranscriptions de chaque groupe séparément. Le déroulement général de l'entretien a été repris, en incluant une description de l'atmosphère ressentie, des principales réponses des participants aux questions posées, de l'enchaînement des thèmes et des idées.

Les interventions des participants ont été découpées et classées, en fonction de l'idée, du thème ou sous thème abordés.

Nous avons déjà défini un certain nombre de grands thèmes et concepts lors de l'analyse de l'étude quantitative. Ces mêmes thèmes nous ont permis de classer les idées et arguments développés lors des entretiens.

Tous les exemples et anecdotes évoqués ont été répertoriés et classés en fonction du thème et de l'idée illustrés (*Annexe 1*).

b) Analyse thématique horizontale

A l'aide des fiches élaborées lors des analyses individuelles, les grands thèmes ont été regroupés dans un tableau Excel® permettant de confronter les différents groupes. Nous avons pu analyser quels étaient les thèmes les plus récurrents, la façon dont ils étaient évoqués et les positions de chacun des participants.

C. RESULTATS

Nous présentons dans un premier temps les résultats par groupe, et les caractéristiques de chaque entretien, en reprenant l'ordre des questions de l'agenda.

Nous reviendrons ensuite sur les résultats de l'analyse horizontale en présentant tous les thèmes abordés par les différents groupes, classés notamment en fonction de la fréquence de leur citation.

1. Par groupe

La présentation des résultats de l'analyse verticale par groupe a pour objectif de retranscrire les dynamiques propres à chaque groupe. Nous avons tenté de mettre en évidence l'enchaînement des échanges, tout en respectant la présentation des réponses selon l'ordre des questions de l'agenda pour un maximum de clarté.

Nous avons sélectionné pour cette partie les réponses présentant un intérêt particulier pour ce type de présentation.

Les réponses non retranscrites dans cette partie, le sont dans la présentation suivante des résultats par groupes.

a) Premier groupe : pauvreté n'est pas précarité

1) Caractéristiques du groupe

Ce premier groupe se compose de cinq médecins dont trois femmes et deux hommes, du secteur de Nancy et son agglomération, ayant l'habitude de se réunir en groupes de pairs de façon mensuelle. Ils ont accepté de consacrer l'une de ces réunions à notre sujet de recherche. Ce sera le seul groupe interrogé à majorité féminine.

Parmi les intervenants, on note deux médecins (M1 et M4, respectivement homme et femme) « spécialisés » dans l'accueil d'un public socialement précaire. Ils sont associés au sein d'un cabinet situé en zone urbaine sensible. Pour les autres :

M2, médecin homme, exerce dans une zone semi-rurale et se trouve quelquefois confronté à ce qu'il désigne comme des patients précaires.

M3, médecin femme, exerce également en zone semi-rurale, mais dans un secteur favorisé et ne voit que très peu de situations difficiles.

M5, médecin femme, exerce dans un secteur urbain où elle ne voit que peu de patients qu'elle considère comme précaires.

Le modérateur pour ce premier groupe est Nicolas FLYE SAINTE MARIE, économiste de profession.

Isabelle QUERRIOUX est co-animatrice et Cécile FLYE SAINTE MARIE joue le rôle d'observateur.

2) Dynamique de groupe

Tous les médecins s'expriment de façon inégale, mais le temps de parole est régulièrement partagé. M1 et M4, qui ont déjà eu l'occasion par leur pratique quotidienne de réfléchir à cette question, dominent les prises de parole.

M2 présente une expérience assez amère de ses contacts avec les patients précaires. Il évoque plusieurs situations aux cours desquelles il a consacré beaucoup d'énergie à essayer d'aider ces patients, sans forcément obtenir de résultats et sans reconnaissance de la part des patients, avec souvent le sentiment que l'on a abusé de sa bonne volonté.

M3 et M5 sont plus en retrait, mais prennent tout de même régulièrement la parole.

Dans l'ensemble, il y a peu d'exemples concrets de l'exercice quotidien. Les échanges sont plutôt centrés sur des problématiques d'ordre politique, sans toujours parvenir à préciser l'aspect pratique des difficultés.

3) Les réponses par question

Définition de la précarité

On rappelle que dans ce premier groupe, la première question posée par le modérateur interrogeait directement les médecins sur ce que représente la précarité pour eux, ce que cela évoque.

La représentation de la précarité est tout d'abord financière pour M5, qui demande s'il faut distinguer « *précarité de pauvreté* » mais continue en expliquant que selon elle, c'est de toute façon une situation d'origine multifactorielle, avec une dimension « *économique, médicale, personnelle et intellectuelle* ».

Pour M3 et M4, la précarité se définit par le « *non-accès* » aux soins, mais aussi par exemple le « *non-accès* » à la culture, à une bonne alimentation, à tout ce qui, dans nos sociétés « *devrait être normalement accessible à tout le monde* ».

M4 est impliquée dans la vie politique de sa commune. Elle parle d'une « *désorganisation complète des soins* », en rapport avec un nombre trop important de spécialistes par rapport aux généralistes, et une déviance fréquente de leur pratique orientée vers une activité de plus

en plus dictée par des objectifs d'ordre économique autant en milieu hospitalier qu'en exercice libéral.

M2 évoque la précarité par ses contacts avec les patients bénéficiaires de la CMU, et l'amertume déjà évoquée dans le paragraphe d'introduction du groupe. Il explique que pour lui, certains patients sont en situation précaire par « *manque de volonté* » ou une certaine « *négligence* », que « *ce n'est pas qu'une question financière* ».

Enfin M1, qui travaille en association avec M4, ainsi qu'à l'UMS en vacations hebdomadaires, donne la définition selon lui de l'OMS de la précarité : « *l'impossibilité ou la grande difficulté d'accès à une ressource quelle qu'elle soit* », ce qui englobe un ensemble très divers de phénomènes. Il précise encore que par conséquent « *soigner quelqu'un de pauvre, c'est possible, par contre soigner quelqu'un de précaire, il arrivera un moment où on va se heurter à une porte fermée* » et il va falloir faire beaucoup d'efforts pour lever l'obstacle.

Les principales difficultés ressenties

M1 poursuit en expliquant que l'une des principales caractéristiques d'un patient en situation de précarité quelle qu'elle soit, est qu'il nécessite un « *accompagnement* » particulier de la part du médecin, même si très souvent celui-ci va se trouver confronté à de grosses difficultés de communication face à un patient qui n'est pas ou plus demandeur de soins (confirmé par M4).

Il fait également remarquer que par la suite, lorsque l'on aura réussi à établir une relation de confiance avec ce patient, l'avalanche de problèmes à résoudre peut décourager le médecin qui doit savoir « *hiérarchiser* » les urgences et envisager sereinement ce qu'il est réaliste de vouloir régler en priorité.

M5 soulève également cette nécessité de hiérarchiser les problèmes – « *c'est un puits sans fond* », « *chronophage* », associée à un sentiment de solitude du médecin généraliste. M4 répond que la prise en charge d'un patient précaire est effectivement chronophage mais que ces patients ne représentent souvent qu'une petite partie de la patientèle du médecin généraliste.

M2 reprend au cours de la séance plusieurs exemples de patients en difficulté principalement financière, qui lui ont surtout laissé l'impression de ne pas vouloir faire d'effort pour accéder

à une meilleure situation. Et pour reprendre sur le problème du nonaccès à la culture évoqué par M4 en début d'entretien, il donne en exemple cette famille pour laquelle il avait obtenu, via sa femme bibliothécaire, un accès gratuit pour les enfants à la bibliothèque : « *ils ne sont jamais venus chercher autre chose que des DVDs, ils n'ont jamais pris un bouquin, c'est dommage, c'est aussi un refus.* » La même famille ne lui payait pas ses visites et venait même lui demander à manger, et pourtant quand il se rendait chez eux, il y voyait « *la dernière console* ».

M1 répond à cela en expliquant qu'effectivement, on peut se trouver confronté à une sorte de pauvreté socioculturelle et intellectuelle associée aux difficultés financières, dans des milieux qui sont la cible principale des masses média, faces auxquels ils n'ont pas de recul.

M4 poursuit en précisant que ces mêmes populations sont aussi celles qui consomment les produits de basse qualité des supermarchés, dont les autres ne voudraient pas.

Elle explique que les médecins ont souvent l'impression de se faire plus déranger la nuit notamment, pour des motifs « *superflus* » par des patients bénéficiant de soins gratuits par la CMU. En réalité, toujours selon ce médecin, une étude menée par la sécurité sociale a démontré que les patients CMU n'étaient pas plus consommateurs de soins que les autres.

M2 parle également d'autres patients qu'il a soignés gratuitement alors qu'ils n'étaient pas bénéficiaires de la CMU, et avec lesquels il a eu le sentiment d'« *être mangé* ».

M4 répond en disant qu'elle ne fait jamais d'actes gratuits, même si en théorie elle serait pour « *la gratuité des soins* ». Elle argumente en expliquant que nous évoluons dans un système où les soins ne sont pas gratuits, et que c'est la norme de payer lorsque l'on va chez le médecin. Il en va aussi de la dignité des patients qui préfèrent souvent être capables de payer « *comme tout le monde* ». Un acte gratuit peut de plus parfois donner au patient le sentiment d'une moindre qualité de l'acte.

Les structures relais

M4 mentionne rapidement l'intérêt d'avoir ce qu'elle appelle un « *carnet d'adresses* » acquis au fil des années, c'est-à-dire une liste de spécialistes exerçant en secteur 1 (sans dépassement d'honoraires) et auxquels elle fait confiance pour prodiguer la même qualité de soins à tous les patients, notamment à ceux bénéficiant de la CMU.

M1 l'approuve et rebondit sur l'intérêt du travail en réseau multidisciplinaire où chaque corps de métier apporte sa « *compétence spécifique pour traiter un aspect du problème* ».

Les autres structures relais citées par l'ensemble du groupe seront abordées dans le chapitre des résultats par thème.

Les propositions d'amélioration

Comme nous l'avons précédemment précisé, ce groupe comprend deux médecins très impliqués dans la problématique de la prise en charge des patients en situation de précarité sociale, dont une est active au niveau du conseil municipal de sa commune.

Les médecins de ce groupe évoquent principalement des problématiques d'ordre politique. Ils expliquent qu'ils font déjà leur maximum à leur niveau, mais qu'on ne fait pas de miracle avec des moyens si limités.

Une proposition plus concrète est amenée par M4 qui suggère des rencontres organisées entre médecins généralistes et intervenants sociaux, expliquant qu'il est plus aisé de solliciter dans sa pratique quotidienne des personnes que l'on aura déjà rencontrées au moins une fois.

M1 propose une facilitation de l'accès aux transports en communs qui, s'ils étaient gratuits, pourraient permettre un meilleur accès aux spécialistes et examens complémentaires.

b) Deuxième groupe : précarité définie au travers des catégorisations de personnes

1) Caractéristiques du groupe

Ce groupe se constitue de cinq médecins remplaçants, dont quatre hommes et une femme. Tous jeunes médecins, leur expérience professionnelle varie de un à dix ans. Pour la majorité d'entre eux, elle est de deux ans. Les participants masculins se connaissent bien, ayant l'habitude de se côtoyer dans un cadre amical ou de l'association REAGJIR/ALOPRO. La jeune femme a été rencontrée au cours d'un remplacement et a accepté notre invitation.

Nous remercions chacun des participants qui ont tous fait de gros efforts d'organisation personnelle pour pouvoir se joindre à nous (jeunes parents avec garde d'enfants à prévoir ou longue distance parcourue depuis leur lieu de vie).

Les participants :

M1 à M4 sont tous médecins hommes avec des activités de remplacements sur des secteurs variés de l'ensemble du département (urbain, semi-rural ou rural).

M3 remplace surtout en secteur très rural, ainsi qu'avec SOS médecins.

M4 remplace beaucoup en milieu rural ou semi-rural, ainsi qu'en centre-ville dans un cabinet où il voit beaucoup de toxicomanes. M1 a remplacé aussi dans ce dernier cabinet.

M5 médecin femme, plus expérimentée, exerce habituellement dans un cabinet de groupe en zone urbaine sensible de l'agglomération nancéenne.

Le modérateur lors de cette deuxième séance est Thomas QUERRIOUX, ingénieur de formation.

Cécile FLYE SAINTE MARIE co-anime, et Isabelle QUERRIOUX est l'observateur.

2) Dynamique de groupe

Tous les participants s'expriment librement et de façon équilibrée. L'ambiance est conviviale et décontractée. Les échanges sont rapides et denses.

Ce groupe est le seul à évoquer la précarité de certains patients âgés en institution, ainsi que les difficultés de communication ville-hôpital.

3) Les réponses par question

Définition de la précarité

Pour ce groupe, comme nous l'avons déjà signalé, la formulation de la question sur les représentations a changé, le modérateur leur demande de commencer par des exemples concrets de situations où ils pensent avoir été face à un patient précaire.

M1 commence en demandant ce que nous entendons par « *précarité* ». M5 lui répond que justement, ce qui est intéressant est que chacun y apporte sa définition.

M2 évoque en premier lieu les toxicomanes, qui selon lui, sont rapidement désocialisés.

M5 réagit immédiatement en disant que pour elle, les toxicomanes ne sont pas nécessairement précaires. Ceux qui se retrouvent marginalisés le sont mais ils ne représentent qu'une petite partie de cette population.

Elle définit la précarité par la « *précarité d'emploi ou de logement* » avant tout. Elle cite en exemple les patients sans-domicile-fixe (SDF), qui ne peuvent plus avoir accès aux soins comme les autres.

M3 reprend sur les patients en difficultés sociales ; il ne voit quasiment pas de SDF en cabinet, et les personnes en difficultés un peu moindres bénéficient de la CMU, ce qui leur permet l'accès aux soins.

Il mentionne ensuite les gens du voyage, car il en a récemment reçu au cours d'une après-midi où ils sont venus en nombre sans rendez-vous. Il explique que certains médecins les

considèrent comme précaires, mais selon lui ils avaient tous la CMU. Peut-on donc vraiment considérer que leur situation est précaire ? Il remarque qu'il y en a toujours au moins un dans le groupe qui n'a pas de couverture sociale, mais il utilise des prescriptions faites pour ceux qui sont couverts.

M5 ne les aurait pas classés comme précaires non plus. Elle a cependant elle-même déjà eu affaire à des patients sans ou en rupture de droits à la sécurité sociale pour diverses raisons, et a comme d'autres, même si cela est très rare, déjà fait passer la consultation sur la carte de l'accompagnant.

M1 revient sur les toxicomanes en faisant remarquer que pour lui, ils cumulent assez vite plusieurs formes de précarité (familiale, professionnelle et santé). Il estime que les toxicomanes insérés sont minoritaires.

M5 reprend la parole pour évoquer un exemple de précarité qui concerne des personnes âgées vivant dans un logement en état d'extrême insalubrité, sans que cela ne soit dû à des raisons financières.

M2 rebondit en expliquant que pour lui, c'est une situation de précarité d'origine psychiatrique.

M5 n'est pas d'accord, « *c'est un choix de vie* ».

M4 définit lui un patient précaire comme « *un patient en danger* ». Le danger peut-être financier, mais aussi « *socioprofessionnel* » ou « *judiciaire* ».

Les principales difficultés ressenties

M3 évoque en premier lieu les difficultés qu'il peut rencontrer dans la prise en charge de certaines personnes âgées en situation de précarité financière.

Il donne l'exemple d'un patient âgé dont la femme était en maison de retraite, pour laquelle il payait déjà au moins 1500 euros/mois. Ses revenus le plaçaient juste au-dessus du seuil CMU. Il n'avait pas assez d'argent pour payer une mutuelle. M3 a dû faire une sélection dans ses médicaments pour ne garder que les « *indispensables* », les franchises médicales ajoutant aux difficultés du patient. Le médecin a également décidé de ne compter les visites de sa femme à la maison de retraite que comme des consultations simples pour réduire encore les frais non remboursés.

M4 mentionne les problèmes rencontrés dans la prise en charge des toxicomanes. Il parle d'une consultation avec un patient toxicomane qu'il connaissait déjà, venu le voir une fois en état d'intoxication aiguë et face auquel il s'est senti « *démuni* ». Il n'a pas su quoi faire pour lui venir en aide.

M3 souhaite également évoquer le problème du manque cruel de lits d'hospitalisation, notamment en psychiatrie. Ce problème semble moins marqué en milieu rural qu'à Nancy.

M4 envoie ses patients aux urgences ou appelle le SAMU lorsqu'il s'agit d'un problème médical, mais il précise que cela arrive rarement.

M3 poursuit sur une des conséquences constatées du manque de lits hospitaliers : la présence dans les moyens séjours, notamment en milieu semi-rural ou rural, de patients mal stabilisés cliniquement pour lesquels le médecin généraliste a beaucoup de mal à assurer un suivi satisfaisant.

M4 et M5 ont été eux aussi confrontés au problème lors de leurs remplacements et déplorent le manque de moyens matériels et humains dans ces structures où les patients se retrouvent précaires par leur état de santé. Ils ont le sentiment que la communication ville-hôpital est très insuffisante.

M1 et M2 approuvent.

Lors d'un échange sur les rapports avec les intervenants sociaux, M1, M2 et M4 soulignent la difficulté qu'il y a à définir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge sociale.

M1 pense que « *les limites ne sont pas définies, ce sont les limites qu'on se pose* ».

Pour M3, la formation au cours de nos études médicales ne se concentre que sur la prise en charge de problèmes médicaux, le reste doit s'apprendre sur le terrain. M2 approuve en citant « *la phrase préférée de l'hôpital : « tu renvoies ça au médecin traitant! »* »

Les migrants sont évoqués par M2, M3 et M5 surtout par le problème de la barrière linguistique et culturelle. M5 explique que l'on trouve facilement un traducteur en s'adressant à la mairie, si le patient n'est pas déjà accompagné de quelqu'un qui parle français, ce qui est le plus souvent le cas.

Ceux sans couverture sociale sont rarement vus au cabinet.

M4 cite également des difficultés qu'il a pu ressentir face à des patients victimes de violences dans leur pays, et présentant un syndrome de stress post-traumatique face auquel il n'a pas su quoi faire. M5 s'est également trouvée confrontée à cette situation et a orienté le patient vers

un psychiatre spécialisé. M4 explique qu'il a découvert depuis qu'il existait un petit guide permettant de mieux comprendre ce syndrome et donnant quelques numéros de téléphone que l'on peut appeler.

Les structures relais

M4 explique que dès qu'il est face à un patient en difficultés financières, il appelle le centre médico-social (CMS) de secteur ou le Conseil Général directement, et obtient la plupart du temps une réponse adaptée.

Il remarque cependant que nombre de ses confrères sont mal informés sur le rôle des services sociaux et les recours existants.

M2 acquiesce mais précise, en accord avec M5, que le problème est souvent plus un manque de temps à consacrer à ce type de démarches qu'une mauvaise volonté ou une incompétence.

Il explique également qu'en tant que remplaçant, quand on ne connaît pas les patients et leurs dossiers, le manque de temps est encore plus marqué.

M5 essaye, quand elle peut, de contacter la famille du patient concerné pour tenter de faire avancer les démarches et elle obtient souvent de bons résultats.

Elle évoque aussi le SAMU social qui pour elle, dans un cas très précis, a pu venir prendre en charge son patient.

M4 donne encore un exemple où il a contacté la PMI pour une jeune mère en détresse. Celle-ci a répondu, mais ne pouvait gérer le problème en urgence. Il s'est donc adressé au service de pédiatrie de l'hôpital, où il avait des contacts, qui a organisé une hospitalisation. La PMI a assuré le relais à la sortie.

Il mentionne enfin l'existence d'une astreinte de nuit et de weekend par une assistante sociale sur le secteur de Verdun, mais spécifique au problème de placement d'enfants en urgence.

M3 revient lui sur le problème des heures ouvrables ; il a souvent affaire à des situations difficiles au cours des gardes et il lui est impossible à ces heures-là de solliciter de l'aide.

Il ajoute que bien souvent les familles sont déjà suivies par les services sociaux et qu'il ne voit parfois simplement pas de solution à des situations « *inextricables* ».

M5 évoque enfin l'association Médecins du Monde à qui elle a voulu plusieurs fois adresser des patients sans couverture sociale. Elle précise cependant qu'elle ne l'a pas encore fait car

elle ne connaît pas bien leur fonctionnement et n'a pas pu encore prendre contact avec eux.

Les besoins et propositions d'amélioration

La formulation de cette question a également changé depuis le premier entretien, puisqu'elle est abordée sous la notion de « besoins » - « *Quels sont les besoins des médecins pour améliorer leur pratique quotidienne ?* »

M2 propose un numéro d'appel unique qui permettrait d'orienter rapidement la prise en charge, une sorte de « *guichet social unique* », souhaité par M5 aussi.

M1 aimerait une formation initiale et continue plus complètes, il est approuvé par tous les autres.

c) Troisième groupe : la précarité, une situation complexe et multifactorielle

1) Caractéristiques du groupe

Ce troisième groupe se compose également de médecins exerçant sur Nancy et son agglomération proche. Il compte cinq médecins hommes habitués à se rencontrer au sein d'un groupe de pairs tous les mois, auxquels s'est ajouté un médecin de Pont-à-Mousson volontaire pour participer à l'étude. Trois d'entre eux sont enseignants au sein du Département de Médecine Générale (DMG) de la Faculté de Nancy et maîtres de stage, un autre est maître de stage. Ils ont, tous sauf un, plus de vingt ans d'expérience professionnelle.

Les participants :

M1 exerce à Pont-à-Mousson en zone urbaine sensible et estime qu'environ 30% de sa patientèle se trouve en situation de précarité sociale.

M2, M4, et M5 exercent en zone urbaine ou semi-urbaine dans des secteurs plutôt résidentiels. Ils sont tous trois enseignants au DMG et maîtres de stage pour les Internes de Médecine Générale.

M3 est le plus jeune des participants. Il exerce en secteur urbain, plutôt favorisé en association avec M5.

M6 exerce en zone urbaine sensible où il voit également beaucoup de patients en situation de précarité sociale ; il est aussi maître de stage pour les internes.

Le rôle du modérateur pour ce groupe est assuré par Anne FLYE SAINTE MARIE, Maîtresse de Conférences en Sciences de l'Éducation à l'Université Nancy 2, expérimentée dans le

travail de recherche impliquant l'animation de groupes de travail.

Cécile FLYE SAINTE MARIE co-anime et Isabelle QUERRIOUX joue le rôle d'observateur.

2) *Dynamique de groupe*

L'ambiance est très bonne d'emblée. Tous les participants sont à l'aise pour s'exprimer. Certains ne connaissaient pas le sujet de la réunion avant de venir, on note malgré cela une bonne participation de tous.

Les conversations sont très souvent orientées par des réflexions sur la pratique du médecin comprenant remises en question et autocritiques constructives. On retient une grande richesse des échanges.

3) *Les réponses par question*

Définition de la précarité

Le premier problème soulevé par ce groupe est qu'il n'est pas toujours simple de repérer les situations de précarité. En effet, le rapide tour de table initial nous apprend d'abord que quatre des six médecins présents se sentent peu confrontés à des patients qu'ils estiment précaires, mais M5 fait très vite remarquer qu'il est possible qu'il ne les repère pas toujours.

M3 explique ensuite que pour lui le premier indicateur de précarité est la « *difficulté d'accès aux soins, c'est-à-dire, des gens qui ont peur de ne pas pouvoir payer* ». Il cite ensuite la « *précarité de logement* », notamment de certains étudiants. Puis il parle de certains de ses patients sous tutelle.

M2 se positionne sur la même ligne que M5 en expliquant qu'il pense ne pas toujours voir non plus quels sont, parmi ses patients, ceux qui sont en difficulté, financière tout au moins.

M3 évoque ensuite le problème de la solitude, surtout chez les personnes âgées, parfois très aisées. Il estime que c'est une forme de précarité.

M4 n'est pas du tout d'accord : selon lui, la précarité est « *économique et sociale* », « *la solitude, ce n'est pas de la précarité* » ; fragilité ne signifie pas précarité.

Selon M1, la précarité est multifactorielle : « *sociale, affective, relationnelle, économique* ».

M3 reprend en expliquant qu'il a vu des personnes âgées très aisées, mais extrêmement isolées au point de se retrouver « *avec des poux, qui sentent mauvais et qui n'ont rien dans le frigo* »

M2, comme M4, limite la définition de la précarité à des difficultés financières. Il donne en exemple une patiente ayant perdu son emploi, qui se trouve en difficulté d'accès aux soins en attendant la mise en place de ses droits à la CMU.

M6 s'exprime en dernier sur la définition de la précarité, en expliquant qu'elle concerne la majorité de sa clientèle. Il la définit comme une « *globalité* » en reprenant l'étymologie : « *c'est l'absence de sécurité par rapport au lendemain* », à laquelle s'ajoute aussi fréquemment « *une dimension d'exclusion* » très importante - « *plus importante je crois, que la dimension financière* ».

M1 poursuit en évoquant un phénomène associé de « *stigmatisation sociale* ». Celui-ci peut être le fait du quartier d'habitation ou plus globalement du regard des autres, l'anticipation d'un rejet, un sentiment d'humiliation forte lorsqu'il faut aller « *quémander à droite et à gauche* ». Ce sentiment peut empêcher certaines personnes d'aller faire les démarches (administratives ou autres) nécessaires à la régularisation de leurs droits.

M1 souhaite simplement dire aux médecins, que même s'il est parfois difficile pour eux de comprendre des gens qui « *ont des difficultés d'expression, qui vont mal expliquer leurs problèmes, qui vont facilement ne pas pouvoir venir (...), c'est un travail relationnel qui est à apprendre, car c'est une cause d'exclusion je pense* ».

Les principales difficultés ressenties

M4 évoque les difficultés qu'il peut rencontrer à examiner certains patients en raison d'un problème d'hygiène ; il donne l'exemple d'un patient qui vit « *clochardisé quasiment, même chez lui* ».

M2 signale les mêmes difficultés lors de visites à domicile pour deux de ses patients habituels, pour lesquels il a déjà contacté les services sociaux. Ceux-ci ne peuvent pas intervenir car les patients concernés ne sont pas dans le besoin.

Il explique qu'il est difficile dans ces conditions de réaliser des examens cliniques satisfaisants et qu'il comprend mal ce type de comportement de la part des patients. Le premier patient qu'il a donné en exemple « *vit seul, au sous-sol de sa maison pour ne pas abîmer les autres niveaux* », dans un état de saleté avancé, sans chauffage l'hiver. Il préfère mettre plusieurs manteaux, alors qu'il est propriétaire de plusieurs maisons à Nancy (!). De plus, il ne paie jamais la visite du médecin.

M2 ajoute qu'il préfère voir ces patients en visite à domicile, car ils faisaient « *fuir* » les autres personnes dans la salle d'attente.

M4 évoque un manque de formation pour gérer des problèmes d'ordre social, au cours des études de médecine.

Enfin ce qu'il associe à certains de ses patients précaires, est la notion de « *multitude des appels* » : une demande de soins majorée plus ou moins justifiée, qu'il a parfois du mal à aborder.

Il conclut sur les difficultés ressenties en disant que la plupart « *viennent* » en fin de compte plutôt de lui que des patients.

M5 souligne ensuite que la difficulté au niveau de l'accès aux soins est rarement l'accès au généraliste, mais plutôt aux médecins spécialistes. Et c'est parfois à cette occasion qu'il va pouvoir réaliser que son patient est en difficulté. M1 a lui réussi au fil des années à se constituer un réseau de spécialistes « *qui acceptent de prendre ces patients-là* » - « *Je pense qu'en passant un coup de fil, on peut arranger les choses* ».

La question des difficultés spécifiques aux migrants est abordée en milieu d'entretien par le modérateur.

M5 évoque des problèmes spécifiques aux migrants en matière d'accès aux soins, mais précise qu'« *heureusement, ils ne sont pas toujours en situation de précarité* » mais que quand ça leur « *tombe dessus (...) ils sont parfois encore plus précaires que les autres* ». Il nuance cependant en précisant qu'il a remarqué une sorte de « *solidarité de constitution de groupes culturels et familiaux* » qui semble combattre le risque de précarité.

M1 acquiesce en prenant l'exemple des Turcs qu'il connaît bien. Il est amené à prendre en charge des demandeurs d'asile qui sont souvent en perte de repères linguistiques, physiques, sociaux, culturels et religieux.

Il constate effectivement que ces communautés, kurdes surtout, vivent généralement en milieu très fermé. Ceci peut leur donner une impression de « *sécurité parfaite* » notamment lorsque des jeunes arrivent du pays pour se marier dans une belle famille déjà bien implantée. En réalité ces jeunes, en particulier, peuvent se retrouver dans un « *état de précarité absolue* », étant complètement dépendants de leur belle-famille, sans possibilité d'apprendre le français ni de se confronter à la population française.

M4 ajoute qu'il y a de plus un problème émergeant « *intergénérationnel* » : certains enfants de migrants ne se reconnaissent dans aucune des deux cultures et deviennent incontrôlables par leurs parents.

M1 continue sur la barrière culturelle en expliquant des différences au niveau de la représentation de la santé notamment. Il explique qu'en turc on utilise l'auxiliaire être et non avoir comme en français pour dire que l'on a une maladie, ainsi on « *est la maladie* », ce qui

peut expliquer certains décalages avec le médecin généraliste dans l'explication de l'intensité des symptômes.

M2 intervient au bout de quelques minutes pour clarifier le lien entre précarité et migrants : selon lui, les migrants ne sont pas nécessairement précaires. La différence culturelle est sans lien avec le cadre de la précarité.

M6 précise alors que la précarité concerne surtout les migrants en situation irrégulière ; être sans-papiers « *est une précarité en soi* ». Il évoque aussi le problème des syndromes post-traumatiques difficiles à prendre en charge notamment en raison de la barrière de la langue.

Les structures relais

Le sujet est au final peu abordé dans ce groupe, si ce n'est sous le thème déjà mentionné par M2 et M4 de la difficulté à obtenir des réponses des services sociaux nancéiens, ou de pouvoir adresser des patients couverts par la CMU aux confrères spécialistes.

M1 explique qu'il n'éprouve pas de difficultés particulières de ce côté-là ; il s'est constitué un carnet d'adresses au fil des années et sait à qui s'adresser dans presque toutes les situations.

Concernant les relais aux spécialistes, M2 fait remarquer qu'il faut effectivement bien connaître les confrères sollicités, car « *on n'a pas droit à l'erreur* » : si le patient est mal reçu, on va perdre sa confiance. Il avoue ne pas avoir le carnet d'adresses nécessaire. M5 lui répond qu'il a toujours la possibilité d'adresser les gens à l'hôpital.

Les besoins et propositions d'amélioration

A l'énoncé de la question, M6 remarque que sa stagiaire lui a déjà exprimé sa difficulté devant le nombre de « *ficelles* » à connaître au niveau du fonctionnement social pour lever certains obstacles à la prise en charge.

M4 acquiesce sur le sentiment de manque de formation au cours des études. Il réalise aussi qu'il a probablement choisi son secteur d'installation en accord avec le type de patientèle qu'il est en mesure de gérer et qu'il y a une chose qui apparaît clairement au sein du groupe présent à l'entretien : les patients en situation de précarité « *c'est plus un problème pour ceux qui n'ont pas l'habitude* ».

M1 aborde ce problème sous l'aspect de la nécessité d'apprendre à mieux communiquer en tant que médecin pour permettre une meilleure compréhension de nos patients.

M5 est aussi convaincu que les médecins manquent d'« *outils* » en raison d'un manque de

formation. Il rejoint M1 sur le fait que les médecins ne savent probablement pas bien communiquer avec leurs patients. M6 complète cette idée en insistant sur l'importance de développer aussi ses capacités de communication avec les autres acteurs du système de santé et du social.

M4 et M5 ont mis en place au niveau du Département de Médecine Générale, une journée de formation initiale aux Internes de Médecine Générale depuis 2008.

M4 évoque l'idée de la création d'un réseau comme celui que l'on utilise pour la prise en charge du diabète, par exemple. M1 réagit vivement à cela en disant que la précarité n'est pas une pathologie : le but est d'éradiquer la précarité, et non de risquer de la pérenniser en la stigmatisant.

M3 propose un petit annuaire des numéros utiles.

d) Quatrième groupe : pas de grande précarité dans leur secteur du nord du département grâce à une politique sociale efficace

1) Caractéristiques du groupe

Pour le quatrième entretien, nous nous sommes rendues dans le nord du département, à Joeuf. Le groupe rencontré rassemble quatre médecins hommes habitués à se retrouver en groupe de pairs.

M1, M2 et M3 sont tous trois associés au sein de la Maison Médicale où ils nous accueillent, qui a ouvert ses portes grâce au soutien de la mairie en 2009. Leurs expériences en tant que médecins installés vont de dix à vingt ans.

M3 est très impliqué dans la vie politique locale. M2 est aussi très actif mais plus au niveau associatif local.

M4, plus proche de la retraite, exerce en cabinet seul sur un secteur plus rural.

Nicolas FLYE SAINTE MARIE assure le rôle du modérateur pour ce groupe, et Isabelle QUERRIOUX co-anime. Il n'y a pas d'observateur.

2) Dynamique de groupe

Une nouvelle fois, l'ambiance est chaleureuse et détendue.

Les participants se connaissent tous très bien, et tout le monde s'exprime sans difficulté, de façon équilibrée.

3) Les réponses par question

Définition de la précarité

La première question formulée dans ce groupe concerne notre définition de la précarité. Le modérateur leur donne celle de l’OMS, que nous avons présentée dans la première partie.

M1 commence en expliquant qu’il existe selon lui deux types de précarité : d’une part les patients qui ne peuvent accéder aux soins pour des raisons effectivement financières, et des difficultés au niveau de leur couverture sociale ; d’autre part ceux qui sont couverts complètement, par la CMU ou autre, mais qui n’arrivent pas à être suivis en raison de difficultés d’ordre socioculturel.

Il poursuit en citant simplement des catégories de patients : les alcoolo-tabagiques, puis les femmes maghrébines. Il ne considère pas la situation de ces dernières comme de la vraie précarité, mais il y a des « *moyens médicaux que l'on ne peut pas mettre en œuvre et cela peut mettre en échec la prise en charge* ». Il ajoute « *normalement la précarité, ce n'est pas le médecin dans sa prise en charge, c'est le patient qui est précaire.* »

M3 reprend en précisant qu’il a le sentiment que grâce à une très bonne politique sociale locale, les médecins du secteur ne sont pas confrontés à ce qu’il appelle « *la très grande précarité* ». Il n’est lui-même jamais confronté à un patient n’ayant aucune couverture sociale. En revanche, il voit quotidiennement des patients en difficulté sociale et il donne en exemple les situations d’ « *instabilité professionnelle au travers des gens en menace de licenciement* ». Cela ne lui pose cependant pas de difficultés particulières dans les prises en charge car il est habitué et connaît bien les ressources de son secteur.

Les seuls vrais précaires seraient les migrants primo-arrivants en situation irrégulière, mais il dit en avoir vu deux en dix-huit ans de pratique dans le secteur.

M2 continue sur les migrants ou réfugiés politiques qu’ils ne sont donc pas amenés à voir au niveau de leur cabinet. Il y a pourtant un foyer de demandeurs d’asile à proximité, mais il est à côté d’un autre cabinet médical où les patients peuvent se rendre à pied. Il pense de plus que ces patients ont plutôt tendance à consulter au centre hospitalier « *même pour de la bobologie* » car c’est « *plus conforme à leur mode de pensée que de venir faire la queue dans une salle d’attente de médecins libéraux.* »

Il mentionne ensuite les Roms pour lesquels il voit une « *précarité de suivi* » notamment des enfants, pour lesquels le calendrier vaccinal n’est pas toujours suivi, sans compter un fréquent nomadisme médical.

M2 confirme également qu'il ne se sent pas confronté à la très grande précarité « *au sens OMS* » mais qu'il voit toutes sortes de situations difficiles « *moins spectaculaires mais tout aussi pesantes sur le suivi médical à court, moyen, et long terme* ».

M1 explique aussi que « *c'est une précarité qui fait que les gens te voient quand ils sont dans l'aigu, et ils ne viennent pas te voir en chronique* ». Il ajoute que ce comportement concerne aussi certaines personnes âgées qui ne sont pas toujours assidues aux rendez-vous de renouvellement d'ordonnances.

Pour M4, la précarité concerne surtout les personnes âgées isolées, physiquement, moralement et socialement, dont les revenus sont parfois très limités. Elles auraient droit à la CMU, mais souvent « *ne demandent rien* ». Il donne en exemple le cas de personnes dont il découvre les pieds sales à l'examen clinique tout simplement parce qu'elles ne sont plus capables physiquement d'assurer leur toilette complète. Il a le sentiment que c'est une atteinte à leur « *dignité* ». A cela s'ajoute la perte de la solidarité de voisinage dans les villages et lotissements où l'entraide était auparavant naturelle, alors qu'actuellement, les jeunes venus s'installer ne s'intéressent plus nécessairement à leurs voisins âgés.

M1 pense que les gens des villes savent mieux que ceux des milieux ruraux, comment avoir recours aux aides auxquelles ils peuvent prétendre.

Les principales difficultés ressenties

M3 mentionne le problème des prises en charge de plus en plus tardives pour des pathologies infectieuses aiguës autrefois banales. Les patients ont maintenant tendance à consulter pour ces pathologies à des stades plus avancés et souvent compliqués.

M2 acquiesce et impute notamment ce problème aux franchises médicales récemment mises en place, ainsi qu'au déremboursement de certains médicaments. En effet, certains patients pensent qu'il est désormais inutile de consulter au début de l'infection puisqu'ils ne pourront de toute façon pas s'acheter ces médicaments de premier recours à visée symptomatique.

M2 et M3 évoquent à plusieurs reprises une « *nouvelle précarité* » générée par les franchises médicales. Elle touche entre autres les travailleurs pauvres, ceux dont les revenus les placent juste au-dessus du seuil CMU, et les personnes âgées, créant une difficulté croissante d'accès aux soins.

M2 va même jusqu'à dire qu'il y avait lors de ses débuts professionnels « *une politique de*

santé inflationniste ». A l'époque, la Sécurité Sociale ne connaissait pas ses difficultés actuelles et l'on a probablement pris l'habitude de multiplier les examens complémentaires et les traitements symptomatiques mêmes lorsqu'ils n'étaient pas absolument nécessaires. Il lui semble maintenant que l'on culpabilise les médecins mais surtout les patients par une « *politique répressive* » d'économie de soins.

Concernant les patients migrants, M1 reprend sur les difficultés qu'il rencontre lorsque le patient ne parle pas du tout français. Il donne en exemple un patient marocain qui vient en général accompagné d'un membre de sa famille pour servir d'interprète. Dans ce cas-là, il est toujours gêné par le fait de briser le secret médical. Et puis il arrive que le patient vienne seul, et même si pour l'instant, étant jeune, il ne pose pas de gros problème médical, le médecin craint le jour où il y aura une pathologie plus complexe à gérer.

M1 évoque enfin le problème de la démographie médicale avec une pénurie croissante de médecins dans certains secteurs (dont celui où ils exercent), qui limite l'accès aux soins et participe du retard de prise en charge de certaines pathologies aiguës.

Les structures relais

M1, M2 et M3 s'accordent sur le fait que les structures sociales locales (CCAS, assistantes sociales, tissus associatif) sont très efficaces et les aident beaucoup à gérer les situations difficiles. Ils parlent d'un « *tissus de solidarité locale solide* » en rapport avec la bonne politique sociale évoquée plus haut, menée par les communes depuis de nombreuses années.

M4, qui exerce sur un secteur rural un peu plus isolé, ne bénéficie pas de ce soutien.

M1 et M2 ont parfois recours à l'hôpital de Briey ou l'hôpital local de Joeuf pour des hospitalisations dites « *sociales* », permettant de prévoir des aides lors du retour à domicile grâce aux assistantes sociales de l'hôpital.

Les infirmières libérales sont également d'un grand soutien selon M2 et M3, ainsi que les kinésithérapeutes ou les services d'aide à domicile.

Les besoins et propositions d'amélioration

Pour M1, M2 et M3; il n'y a pas de besoin sur leur secteur pour améliorer leur pratique au quotidien.

Tous les médecins du groupe évoquent l'intérêt du travail en réseau, et pour les médecins, en association.

Ils expliquent comment la maison médicale, au sein de laquelle ils exercent, a pu être ouverte grâce à une volonté collective des médecins et du maire. Ils ont toutefois rencontré de nombreuses oppositions à l'annonce du projet. Certains de leurs confrères les accusaient de vouloir cette grosse structure « *pour attirer les gens* » à des fins lucratives. M2 s'indigne en évoquant cela car selon lui l'exercice en commun au sein d'une maison médicale est en réalité un excellent « *outil anti-précarité* » au bénéfice des patients.

M3 évoque l'intérêt du dossier médical partagé pour lutter contre le nomadisme médical, notamment des gens du voyage.

M4 souhaiterait que l'on développe la lutte contre l'isolement.

e) Cinquième groupe : problèmes de comportement en milieu rural

1) Caractéristiques du groupe

Le cinquième groupe réunit trois médecins hommes se connaissant car ils se sont déjà rencontrés lors de groupes de FMC. Ils se sont constitués en groupe spécifiquement pour notre étude.

On déplore deux désistements de dernière minute.

Les participants :

M1 est installé en zone semi-rurale, il prend sa retraite la semaine suivant l'entretien, le 1er juillet 2009. Il exerce une activité en parallèle à la maison hospitalière de sa commune, et est ancien enseignant au DMG et maître de stage en binôme avec M6 du groupe 3.

M2 est installé depuis 16 ans sur un secteur très rural, un tiers de sa patientèle vit en Moselle.

M3 est installé en zone rurale, il possède une capacité de gériatrie et est aussi médecin sapeur-pompier.

Thomas QUERRIOUX est le modérateur pour ce groupe. Le rôle de co-animation est tenu par Cécile FLYE SAINTE MARIE. Isabelle QUERRIOUX est l'observateur.

2) Dynamique de groupe

Le groupe est restreint par la réduction inopinée des effectifs mais les participants restent très motivés par l'exercice. Ils apprécient beaucoup l'échange et l'intérêt de pouvoir éclaircir les problématiques, car ils disent s'être sentis en difficulté pour répondre aux questions lors de

l'enquête papier. Ils avaient en effet alors l'impression d'être peu concernés par la précarité.

3) *Les réponses par question*

Définition de la précarité

M2 commence en expliquant : « *les plus précaires sont à la CMU, pour moi la CMU ne pose pas de problème* ». Les difficultés financières sont évoquées en premier lieu. Il constate ensuite qu'il rencontre en réalité plus de problèmes avec les patients juste au-dessus du seuil CMU.

Ceux-ci ne peuvent pas toujours se payer une mutuelle ou avancer l'argent pour les examens complémentaires et les consultations chez le spécialiste.

Bien qu'ils ne les considèrent pas comme des précaires, M1 et M2 parlent à leur tour de ces patients âgés qui vivent de façon misérable dans des logements insalubres, mais sans rapport avec des difficultés financières. Ils ont au contraire bien souvent beaucoup d'argent de côté. Ils précisent que les difficultés rencontrées face à ces patients appelleraient en réalité une prise en charge psychiatrique, ce qui est bien sûr la plupart du temps impensable.

M2 évoque également « *une précarité de localisation* », faisant ainsi référence aux difficultés de transport importantes en milieu rural, notamment pour les personnes âgées. Celles-ci limitent considérablement l'accès aux examens complémentaires ou aux spécialistes.

Concernant les patients migrants primo-arrivants sans couverture sociale, ils sont extrêmement rares dans la patientèle de ces médecins. Seul M3 donne l'exemple d'un patient originaire d'Afrique noire porteur d'une sérologie VIH positive qu'il a finalement orienté sur le CHU de Nancy, après avoir prodigué des soins gratuits.

M3 parle enfin du manque d'éducation. Il met en cause les scolarités interrompues précocement dans certains milieux défavorisés, comme un phénomène générateur de précarité.

Les principales difficultés ressenties

M1 et M2 évoquent d'emblée des problèmes avec le comportement de certains patients bénéficiaires de la CMU.

M1 explique : « *Ils ont un comportement particulier vis-à-vis des soins, des médecins, quand ils téléphonent, on sait que c'est une CMU (...) un comportement spécial qui traduit quand même qu'ils sont mal insérés dans la société...* » Il donne en exemple cette dame qui l'a appelé un jour en urgence à domicile pour un lumbago dont elle souffrait depuis déjà trois ou

quatre jours. En arrivant chez elle, il a trouvé les volets fermés avec la lumière allumée en pleine journée, et à la suite de la consultation, elle lui a demandé d'aller pour elle à la pharmacie. Sa fille de 15 ans était présente mais « *ne voulait pas y aller* » (!).

M2 ajoute que ces patients ont aussi tendance à appeler de façon multiple pour des visites pouvant être injustifiées, notamment la nuit.

M3 partage partiellement l'avis de ses confrères sur le comportement de certains patients bénéficiaires de la CMU, mais tient à nuancer : il existe deux types de CMU : « *ceux qui n'ont jamais réussi à quitter cette catégorie, et puis des gens qui n'y étaient pas du tout avant et qui y rentrent parce qu'il y a une séparation par exemple* ».

Tous trois rencontrent des problèmes de communication avec les patients de la première catégorie qu'ils associent à des différences socioculturelles. Ils constatent qu'il faut du temps pour accompagner ces patients, expliquer les ordonnances, mais remarquent que ceux-ci sont au contraire plutôt vifs lorsqu'il s'agit de faire valoir leurs droits sur ce qu'ils considèrent comme un dû : le soin médical.

Selon M1, le travail du médecin est même bien souvent méprisé. Il a déjà eu affaire à un patient qui l'a menacé au téléphone de porter plainte s'il ne se déplaçait pas à une époque où « *le procureur ne se basait non pas sur l'urgence effective, mais sur l'urgence ressentie* »

M1 et M3 reviennent ensuite sur la difficulté qu'ils rencontrent parfois à repérer les situations de précarité. Il leur arrive de ne prendre conscience des difficultés rencontrées par certains patients que lorsque ceux-ci leur demandent de différer l'encaissement d'un chèque ou bien lorsqu'ils ne peuvent pas se rendre aux examens complémentaires.

Ils évoquent tous les trois les actes gratuits qu'ils sont amenés à réaliser de temps en temps pour des patients en difficultés financières.

M1 explique que ce n'est pas toujours facile de les pratiquer, car « *les gens savent qu'on fait cadeau et que ce n'est pas naturel (...) souvent ils ne reviennent pas facilement* ».

Les trois médecins se sont également trouvés devant le comportement inverse où certains patients ont abusé de leur bonne volonté en ne payant pas alors qu'ils semblaient avoir l'argent pour se payer des appareils multimédias « *dernier cri* ». M1 donne encore l'exemple d'une patiente qui ne pouvait pas payer les 6,60 euros du tiers payant, mais qui achetait un paquet de cigarettes par jour à sa fille. Il a fini par lui réclamer l'argent de la consultation et lui dire de ne pas acheter de cigarettes le lendemain.

M2 parle enfin de certains patients chez lesquels le médecin est appelé lors des gardes de nuit, qui ne payent pas la visite car qu'ils savent qu'ils ne le reverront jamais. M1 renchérit en

ajoutant que pour certains patients effectivement il ne paraît pas « *naturel* » de payer le médecin qui vient à domicile lors d'une garde car c'est « *une prestation normale* ».

M2 mentionne le problème du refus de soins par certaines personnes âgées plutôt en milieu rural. Il n'est souvent pas directement exprimé, mais se dévoile quand on voit qu'elles ne veulent pas aller voir les spécialistes car c'est trop compliqué au niveau du transport ou qu'elles ont tout simplement peur de l'hôpital. Malheureusement ce sont ces personnes qui risquent d'être hospitalisées en urgence, car on n'aura pas pu anticiper les complications. M2 explique qu'il lui faut parfois savoir user de persuasion.

M1 conclut sur les difficultés qu'il rencontre à assumer les rôles de prévention et d'éducation qu'il considère comme « *notre métier* », principalement en raison d'un manque de temps.

Les structures relais

Les trois médecins ont fréquemment recours aux services de soins à domicile, tels que le SSIAD (Service de Soins Infirmiers à Domicile), service de l'ADMR (Aide à Domicile en Milieu Rural) ou encore l'ADAPA (Aide à Domicile aux Personnes Agées).

M2 évoque aussi l'hôpital local au sein duquel il exerce une activité à temps partiel, lui permettant d'hospitaliser quand c'est nécessaire, les patients qu'il suit en ambulatoire.

M2 se pose la question du rôle du médecin généraliste dans la prise de contact avec les intervenants sociaux. Il explique qu'il a l'habitude de prendre son téléphone pour appeler les assistantes sociales, même s'il considère que ce n'est pas son rôle en tant que médecin « *on est des médecins, on est là pour soigner les malades, on n'est pas là pour appeler l'assistante..* »

M1 acquiesce mais explique aussi qu'il a établi, au fil des années, un réseau de travail lui permettant de savoir qui contacter en cas de besoin. Il travaille notamment beaucoup avec les infirmières coordonnatrices du SSIAD. Il ne contacte en revanche jamais les assistantes sociales, car il les trouve peu efficaces et souvent déjà débordées par d'autres problématiques que les personnes âgées.

Tous s'accordent à dire qu'elles ne sont pas à blâmer. En revanche, ils remettent en question le système où leur nombre est simplement insuffisant ; elles sont accaparées par la prise en charge des jeunes et des familles en difficulté sociale, et n'ont pas de temps à consacrer aux personnes âgées notamment.

M2 dit qu'il lui arrive également de joindre directement le médecin du conseil général « *pour*

faire mettre en haut de la pile le dossier d'un patient pour qui c'était urgent ».

M3 mentionne Médecins du Monde mais explique qu'ils sont trop loin pour qu'il puisse leur envoyer ses patients.

Les besoins et propositions d'amélioration

M1 souhaiterait pouvoir s'adresser à un travailleur social dédié, « de référence » en quelque sorte, qui serait capable de faire la synthèse des dossiers des patients en difficulté.

M2 aurait besoin d'un service d'assistantes sociales pour les urgences.

Ils évoquent finalement tous les trois la nécessité d'une meilleure coordination entre médecins et travailleurs sociaux.

f) Sixième groupe : saturation du sujet

1) Caractéristiques du groupe

Ce dernier groupe se compose de quatre hommes et d'une femme, se connaissant par des réunions fréquentes dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC). Tous exercent sur le secteur du Toulinois. On note également pour ce groupe un désistement de dernière minute.

Thomas QUERRIOUX est le modérateur, accompagné de Cécile FLYE SAINTE MARIE qui co-anime. L'observateur est notre directeur de thèse : le Dr Michel MAIGNAN.

M1 et M3, médecins hommes, exercent seuls en secteur rural, plutôt aisé.

M2, médecin homme, exerce seul en secteur semi-urbain.

M4, médecin femme, exerce en cabinet seule au centre-ville de Toul.

M5, médecin homme, exerce en association avec trois autres médecins, en secteur semi-rural.

2) Dynamique de groupe

Les personnes présentes semblent habituées à échanger entre elles. L'ambiance est cordiale. La présence du Dr Michel MAIGNAN ne semble pas poser de difficulté particulière.

Très vite, la plupart des problématiques retrouvées lors des précédents entretiens se dégagent. L'introduction de Thomas QUERRIOUX, reprenant toutes les questions déjà posées en début d'entretien par les médecins des autres groupes, permet d'entrer directement dans le vif du sujet.

On relève une participation inégale des différents médecins.

L'ensemble des publics précaires est balayé. On note beaucoup de discussions sur la lourdeur administrative, le temps à consacrer, l'éducation des patients, et le positionnement du médecin sur ses propres limites.

Il nous apparaît au cours de cette séance que nous sommes arrivées à saturation du sujet, c'est-à-dire que l'ensemble des thèmes abordés lors de cet entretien l'ont déjà été lors des précédents, et qu'en revanche, l'on ne retrouve pas de nouveau thème.

Les médecins poursuivent la discussion hors caméra et nous permettent de réaliser que l'enregistrement altère un peu la spontanéité des échanges. Certaines anecdotes ou remarques survenant après maturation de la réflexion auraient été bien intéressantes à retranscrire !

3) Les réponses par question

Définition de la précarité

M4 prend la parole en première pour évoquer le problème des migrants sans papiers, sous l'aspect de la lourdeur des démarches administratives à effectuer pour la mise en place de leurs droits. Elle donne pour exemple le cas d'une patiente libanaise hébergée dans un centre pour migrants en situation irrégulière pour laquelle les démarches de régularisation étaient en cours au niveau du centre. Le centre ayant mal informé la patiente, celle-ci s'est retrouvée malgré elle à nouveau en situation irrégulière. Le médecin a donc entrepris de l'accompagner en faisant jouer ses contacts personnels, ce qui lui a demandé beaucoup de temps et d'énergie.

M2 rebondit en expliquant que les médecins manquent tous de formation pour les démarches administratives qui, de plus, s'avèrent très souvent compliquées.

M4 continue sur le cas de cette patiente dont l'état de santé a nécessité une hospitalisation en psychiatrie. L'intervention des assistantes sociales de l'hôpital lors de cette hospitalisation semble avoir été peu efficace. Et M5 de rajouter « *comme d'habitude avec les assistantes sociales.* »

M5 exerce dans une zone où vit une population ouvrière : « *et tout ce qui va avec : alcool, tabac, précarité aussi et chômage (...) il y a toujours eu une municipalité socialiste qui a créé pas mal de logements sociaux, ce qui nous a ramené pas mal de cas sociaux, ce n'est pas péjoratif, c'est simplement qu'on a ces cas précaires aussi (...) avec tout le cortège : pas d'argent, pas de papiers, pas de soins...* ».

Un petit peu plus tard dans l'entretien, il précise que la précarité est en général associée à un milieu socioculturel où le problème de fond ne serait pas toujours un manque d'argent mais

plutôt une mauvaise gestion de celui-ci. Il cite en exemple un couple d'ouvriers qui « *dépensent leur argent n'importe comment (...) ils se retrouvent en surendettement malgré le fait qu'ils aient deux salaires* ».

M1 et M3 continuent et expliquent que selon eux « *on arrive toujours à retrouver une précarité financière (...) à la base* ».

Les principales difficultés ressenties

Comme nous l'avons évoqué au paragraphe précédent, le sentiment de manque de formation dans les démarches administratives à accomplir pour accompagner un patient en situation précaire est la première difficulté mentionnée par le groupe.

Viennent ensuite des difficultés relationnelles avec les assistantes sociales en général, sauf pour M4 qui a réussi à se constituer un réseau au fil des années, et à se familiariser avec les structures relais.

L'ensemble des médecins pratiquent occasionnellement des actes gratuits.

M2 fait remarquer à ce sujet que la mise en place de la CMU a permis de limiter le nombre d'impayés, même s'il ressent parfois un abus de la demande de soins des patients qui en sont bénéficiaires. Il donne en exemple le fait qu'ils viennent fréquemment consulter avec toute la famille.

M5 rebondit sur les problèmes de comportement en parlant d'un jeune patient qui ne venait pas aux rendez-vous et qu'il a fini par renvoyer après plusieurs avertissements. Pour lui c'est au médecin de faire respecter certaines règles de fonctionnement du cabinet.

M5 parle ensuite d'une forme de « *précarité intellectuelle/administrative* » s'ajoutant souvent, qui freine les possibilités de sortir d'un milieu social défavorisé.

M1 évoque les difficultés posées par le nomadisme médical. Il constate cependant que ce phénomène concerne plus les médecins exerçant en zone urbaine. « *J'ai l'impression qu'en rural on connaît bien mieux nos patients (...) on est plus à même d'appréhender le problème médical dans son contexte* ».

M5 reprend enfin sur la définition du rôle du médecin par rapport aux travailleurs sociaux, qui varie d'un médecin à l'autre, même si l'ensemble des médecins du groupe à part M4 semble plutôt penser que leur rôle n'est pas de se substituer à eux.

Les autres problématiques évoquées l'ont déjà été plusieurs fois par les groupes précédents et c'est en ce sens que nous ressentons le phénomène de saturation rendant inutile la poursuite éventuelle de l'étude avec d'autres groupes.

Ils reviennent notamment sur les problèmes rencontrés avec les patients juste au-dessus du seuil CMU, sur le problème des salles d'attente (M4), sur la nécessité d'avoir du temps à consacrer à certains patients en difficulté (M1), les problèmes posés par la prise en charge des patients alcooliques (M2).

On évoque aussi la barrière culturelle avec les migrants (M2 et M5), et la solidarité retrouvée au sein de certaines communautés.

Les structures relais

M5 qui a expliqué avoir été extrêmement déçu par ses deux seuls contacts avec des assistantes sociales en vingt-cinq ans d'exercice, préfère en cas de besoin, s'adresser directement aux services de sa municipalité qu'il estime par contre très efficaces.

Il illustre l'intérêt d'un travail collectif par l'exemple d'une épidémie de poux, au sein d'une des écoles de sa commune, qui a pu être vaincue grâce aux efforts communs des parents d'élèves, des instituteurs, des services de la mairie, et des médecins.

Il fait également appel aux services de la municipalité lorsqu'il se trouve face à des patients en difficulté financière.

L'efficacité des assistantes sociales suscite le débat. M5 estime que la prise en charge des patients reste très superficielle. M2 les trouve peu réactives. M4 est en revanche plutôt satisfaite.

Les autres structures relais citées sont : le CCAS, le PAIS et le conseil général.

M4 a son carnet d'adresses, mais elle estime qu'il existe un manque de structures spécialisées. L'UFATT qu'elle donne en exemple ne lui semble pas répondre aux besoins des patients, d'après les retours qu'elle obtient de ceux-ci.

Les besoins et propositions d'amélioration

On ne relève pas de nouvelles propositions d'amélioration au sein de ce groupe.

2. Sur l'ensemble des groupes

Nous présentons maintenant les résultats de l'analyse horizontale, en regroupant les réponses des médecins selon la classification élaborée lors de l'analyse des résultats de l'étude quantitative et par fréquence de citation décroissante. Par souci d'exhaustivité, certaines réponses peuvent apparaître à plusieurs reprises dans différents sous-thèmes.

a) Expérience de la précarité

Dans le premier groupe, on distingue d'emblée deux types d'exercice. Deux médecins sont « spécialisés » dans l'accueil de patients précaires, ils travaillent en association au sein d'un cabinet se trouvant en zone urbaine sensible (ZUS), les autres médecins du groupe ne voient que peu de patients précaires.

Nous avons retrouvé la même division dans le troisième groupe, au sein duquel, deux médecins sur les six exerçaient en ZUS.

Dans le groupe 4, trois des quatre médecins étaient également souvent confrontés à des patients en difficulté.

Les médecins du groupe 5 exerçant tous trois en secteur rural étaient peu confrontés à la précarité.

Au sein du groupe 6, trois médecins sur les cinq présents s'estimaient souvent confrontés à des situations difficiles, les deux autres extrêmement rarement.

En ce qui concerne les médecins du deuxième groupe, leur profil est particulier car ils n'ont pas encore choisi leur lieu d'installation. Le choix des lieux de remplacement pourrait retrouver la même division. On note que la femme du groupe remplace régulièrement dans un secteur où elle voit beaucoup de patients en situation de précarité. Les autres remplaçants décrivent une pratique plus variée où ils exercent sur tous types de secteurs.

Au total : sur les 28 médecins interrogés, 11 estiment être souvent confrontés à des patients en situation de précarité, soit un peu plus d'un tiers.

On peut noter d'autre part que sur les 28 médecins interrogés : 15 exercent en milieu urbain (53%), 10 exercent en milieu rural ou semi-rural (36%), 3 médecins remplaçants exerçaient sur les deux types de secteurs (11%).

b) Représentation, définition de la précarité dans leur pratique professionnelle

1) Définition de la précarité

La question de la définition de la précarité est revenue dans tous les groupes, à des moments différents.

Une définition a été donnée par l'un des intervenants travaillant beaucoup avec des patients en situation précaire dans le groupe 1 après une vingtaine de minutes.

Dans le deuxième groupe, les participants ont tout de suite saisi que ce qui nous importait était de connaître celle de chacun.

Notre définition (celle du père Joseph WRESINSKI) a été donnée d'emblée sur demande pour le groupe 4.

En ce qui concerne le groupe 3, le 5 et le 6, elle n'a été donnée par le modérateur qu'en deuxième partie d'entretien, ce qui a permis de relancer en l'élargissant le sujet des représentations.

Notre étude a pour objectif de comprendre à travers les représentations des médecins généralistes, comment ils définissent un patient « *précaire* ».

Les réponses des médecins généralistes permettant d'analyser leurs représentations de la précarité peuvent être classées en quatre catégories : les réponses faisant référence à la situation économique et sociale des patients ; celles qui évoquent des groupes de patients selon une particularité spécifique ; celles concernant des difficultés d'accès aux soins ; et enfin celles citant un problème lié à une pathologie particulière.

2) Situation économique et sociale

Précarité financière différente de pauvreté

Pour tous les groupes et pour l'ensemble des participants, la précarité évoque principalement des patients présentant des difficultés d'ordre socio-économique et en particulier des difficultés financières.

Tous les groupes ont fait mention d'une catégorie de « *travailleurs pauvres* », c'est-à-dire les patients dont les revenus les placent juste au-dessus du seuil qui permet d'obtenir la Couverture Maladie Universelle (CMU). Il s'avère que ce sont ces patients, ne pouvant pas toujours adhérer à une mutuelle, qui semblent avoir le plus de difficultés à accéder aux examens complémentaires, aux autres spécialistes, aux médicaments déremboursés ou partiellement remboursés.

Les patients bénéficiaires de la CMU sont évoqués dans les groupes 1 et 5 en début de séance, mais l'ensemble des participants, y compris des autres groupes s'accordent à dire qu'ils posent rarement des problèmes de prise en charge, tout au moins au niveau financier. Les problèmes posés le sont surtout par certains comportements.

Les patients CMU rencontrent en revanche des difficultés dans l'accès aux soins, lorsque certains confrères spécialistes pratiquent des dépassements d'honoraires ou refusent de les recevoir.

Isolement

Tous les participants évoquent l'isolement géographique et affectif comme facteur aggravant de la précarité, principalement pour les personnes âgées. Le groupe 3 signale également le cas de patients migrants, qui ont migré il y a plus de trente ans, et se retrouvent seuls en France, la plupart du temps logés en foyer, dans des conditions de logement souvent difficiles.

L'isolement peut également concerner selon les groupes 3, 4 et 6, les femmes migrantes, le plus souvent turques ou maghrébines qui ne parlent pas le français malgré plusieurs années passées en France.

Sans papiers

Le cas des patients sans papiers est abordé dans tous les groupes, mais peu de médecins ont été confrontés plus d'une ou deux fois dans leur carrière à cette situation. La notion de peur de la dénonciation est évoquée pour expliquer aussi pourquoi les patients en situation irrégulière ne consultent que rarement au cabinet du médecin généraliste (groupe 1).

Difficultés familiales

Les situations de rupture familiale sont évoquées comme facteur de précarité dans les groupes 2, 3, 4 et 5. L'exemple le plus fréquemment cité est celui de la mère de famille qui divorce et se voit confrontée brutalement à de grosses difficultés notamment financières.

Problème de logement

L'insalubrité des logements est mentionnée par les groupes 2, 3, 5 et 6. Elle ne semble pas systématiquement liée à des difficultés financières mais peut générer certaines pathologies ou gêner l'examen lors de visites à domicile.

Le problème géographique est évoqué dans les groupes 3, 4 et 5 avec certaines zones d'habitation comme les zones urbaines sensibles où les difficultés se concentrent en plus grand nombre, avec le développement d'un phénomène de « *ghettoïsation* » (groupe 3).

Précarité professionnelle

Les groupes 2, 3 et 4 évoquent des situations de précarité professionnelle comme la perte brutale d'un emploi ou le chômage prolongé. Ces patients mettent parfois du temps à obtenir l'ouverture de leurs droits CMU et l'accès aux soins leur devient problématique.

« Précarité intellectuelle »

Certains médecins des groupes 4, 5 et 6 parlent d'une forme de « *précarité intellectuelle* », faisant référence à une pauvreté intellectuelle qui peut être en rapport avec un manque d'éducation (groupes 5 et 6). Ce terme est également repris pour désigner parfois dans des milieux aisés un type de comportement associé à des représentations de la santé qui font qu'on ne se soigne que si l'on a des symptômes. Ceci pose des problèmes dans le suivi de pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle.

Précarité multifactorielle

Dans les groupes 1 et 3, le terme de « *multifactorielle* » est évoqué, indiquant que les médecins estiment que c'est la combinaison d'un ensemble de facteurs qui conduit à une situation de précarité.

Désocialisation

Le phénomène de désocialisation est identifié comme pouvant être à l'origine d'une situation de précarité dans le groupe 2, notamment chez les toxicomanes.

3) Particularités des patients ou catégories de patients

La précarité a été également définie par les médecins selon ce que nous avons caractérisé comme des « catégories de patients », c'est-à-dire l'évocation de groupes de patients par leur situation ou leur problème de santé dominant.

Migrants

Ils ont été évoqués par tous les groupes, mais ne sont pas toujours considérés comme précaires car l'accès à la CMU leur semble relativement facilité.

Les groupes 3 et 4 ont souligné la solidarité retrouvée au sein de certaines communautés, notamment turques ou italiennes, qui semble protéger de certaines formes de précarité.

Les migrants en situation irrégulière sont rarement rencontrés au cabinet, où ils bénéficient en général d'actes gratuits avant d'être adressés à l'hôpital lorsque leur état de santé l'exige.

Un médecin du groupe 1 explique que cela ne sert pas à grand-chose de faire pour eux des

actes gratuits s'ils ne peuvent être suivis d'investigations complémentaires ou de soins appropriés. Elle les adresse plutôt à Médecins du Monde où ils peuvent obtenir des médicaments, et bénéficier d'avis spécialisés et d'examen complémentaires gratuits.

Personnes âgées

5 groupes sur 6 mentionnent les personnes âgées comme un groupe à haut risque de précarité. La première raison évoquée est l'isolement, surtout dans les zones rurales où les difficultés de transport rendent l'accès aux soins complémentaires extrêmement difficile pour certaines personnes (groupe 4, 5 et 6). Certains médecins constatent la disparition d'une solidarité de voisinage qui permettait autrefois de surmonter un certain nombre de difficultés (groupe 4).

Ce groupe évoque un isolement également souvent social et affectif.

Pour d'autres médecins du groupe 3 cependant, l'isolement n'est pas considéré comme une forme de précarité, surtout lorsque les personnes concernées ont refusé toute forme d'aide proposée pour essayer de rompre cet isolement.

Le groupe 4 revient également sur les personnes âgées rencontrant des difficultés financières, en précisant que celles-ci connaissent parfois mal leurs droits à des aides éventuelles, comme la CMU.

Celles dont la retraite les situe juste au-dessus du seuil ne peuvent pas toujours payer une complémentaire santé (groupe 2).

Certains médecins ont parfois recours à une hospitalisation dite « sociale » lorsque l'état de santé seul ne justifie pas forcément une hospitalisation (groupe 4 et 5), mais que la personne âgée ne peut plus rester seule à domicile.

Le groupe 2 parle enfin de cas de personnes âgées institutionnalisées extrêmement précaires au niveau médical. Ils évoquent des patients hospitalisés dans des structures qui manquent cruellement de moyens, ce qui contribue à rendre la communication avec les équipes soignantes très difficile.

Mères isolées

Les groupes 2, 3 et 5 évoquent les femmes seules après une séparation, confrontées soudainement à de grosses difficultés financières.

Femmes maghrébines ou turques

Leur situation est évoquée par les groupes 2, 4 et 6 lorsque la barrière linguistique et culturelle ne permet pas de réaliser un interrogatoire et un examen clinique satisfaisant, quand elles parviennent à venir en consultation.

Patients CMU

Ils sont cités par les groupes 1 et 5, plutôt en rapport avec des problèmes de comportement qui font parfois obstacle à une bonne prise en charge.

Gens du Voyage

Les groupes 2 et 4 parlent des gens du voyage surtout précarisés au niveau médical par les difficultés de suivi. Le principal problème évoqué est celui du suivi de la vaccination des enfants ou des pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle (groupe 4).

Un médecin du groupe 2 explique qu'ils ont, pour la plupart la CMU, et ainsi un accès aux soins correct ; selon lui, ces patients ne sont pas vraiment précaires.

Patients alcool-tabagiques

Ils sont désignés par les groupes 4 et 6, comme un groupe de patients très difficiles à prendre en charge, avec de rares cas de guérison, qui dépendent beaucoup de l'environnement socioculturel. Il faut pouvoir leur consacrer le temps nécessaire à une prise en charge qui relève souvent de la psychothérapie, voire de la psychiatrie.

Toxicomanes

Les patients toxicomanes sont cités dans le groupe 2 par un des médecins, comme étant une population souvent précarisée par un phénomène de désocialisation associée. Un autre médecin ne les considère pas comme précaires par leur statut de toxicomanes car il existe aussi dans cette catégorie des personnes qui se droguent pour assurer des performances parfois professionnelles (cocaïne) et sont parfaitement insérées socialement.

Sans domicile fixe (SDF)

Ils sont évoqués spécifiquement dans le groupe 2 ; leur statut de précaires paraissant évident pour tout le monde.

4) Accès aux soins

La définition de la précarité pour l'ensemble des médecins interrogés comprend également une difficulté d'accès aux soins.

Patients juste au-dessus du seuil CMU

Tous les groupes font mention de ce groupe de patients qui leur pose beaucoup de difficultés dans les prises en charge. Beaucoup d'entre eux sont trop « riches » pour avoir droit à la CMU, mais trop pauvres pour accéder à une complémentaire santé. La consultation chez le médecin généraliste n'est pas problématique dans la mesure où les praticiens peuvent pratiquer le tiers payant ou même faire quelques actes gratuits selon les cas. Il est en revanche difficile d'envisager des examens complémentaires ou de les adresser à nos confrères spécialistes, qui ne pratiquent pas le tiers payant.

Accès aux spécialistes

Les groupes 1 à 5 énoncent des difficultés d'accès aux soins pour les patients en difficulté financière concernant l'accès aux consultations de spécialistes. Ils mentionnent particulièrement ceux exerçant en secteur 2, qui pratiquent des dépassements d'honoraires.

Deux médecins du groupe 1 et deux médecins du groupe 2 comptant dans leur patientèle un grand nombre de patients qu'ils qualifient de précaires, expliquent même que certains de leurs confrères refusent les patients CMU pour lesquels ils ne peuvent appliquer les mêmes tarifs. Ces médecins précisent qu'ils ont dû, au fur à mesure des années, se constituer un carnet d'adresses comprenant les spécialistes qui acceptent de recevoir les patients CMU ou en difficulté financière.

Patients sans couverture sociale

Comme nous l'avons précisé précédemment, ils sont rarement vus au cabinet du généraliste. Si tel est le cas, celui-ci pratique la plupart du temps des actes gratuits en attendant une régularisation, ou adresse le patient à une structure spécialisée.

Tiers payant

Les groupes 1, 4, 5 et 6 mentionnent la possibilité de pratiquer le tiers payant, c'est-à-dire que le patient n'avance que la part non prise en charge par la sécurité sociale (6,60€ sur les 22 de la consultation chez le généraliste). Tous s'accordent à dire que cette mesure, récemment simplifiée par les caisses d'assurance maladie car elle peut être pratiquée désormais sans démarche administrative particulière, facilite l'accès aux soins, tout au moins chez le généraliste, à un nombre croissant de patients.

Accès aux examens complémentaires

Les groupes 1, 4 et 5 ont précisé qu'il est, de la même façon, difficile pour les patients juste

au-dessus du seuil CMU d'avancer l'argent lorsqu'il faut réaliser des examens complémentaires. Certains ne s'y rendent pas ou doivent parfois retarder l'échéance.

Les franchises médicales

Les groupes 1, 2 et 4, les désignent comme responsables d'une nouvelle forme de précarité chez ces patients juste au-dessus du seuil CMU, obligés à renoncer à certains traitements, ce qui peut-être particulièrement délétère, notamment pour les personnes âgées présentant des pathologies chroniques, qui n'ont pas de mutuelle (groupe 2).

Médicaments déremboursés

Cette mesure est dénoncée par les médecins des groupes 2 et 4. Selon un des médecins du groupe 4, certains patients qui savent qu'ils ne pourront se procurer ces médicaments de première intention lors d'épisodes infectieux banaux, ne viennent plus consulter « pour rien » et ne consultent que tardivement lorsqu'il y a déjà des complications.

Lourdeur des démarches administratives

La lourdeur des démarches administratives est évoquée par les groupes 3 et 6 comme un obstacle important pour certains patients peu initiés, n'ayant qu'une mauvaise connaissance de leurs droits.

Problème de transport

Le problème du transport est développé par les médecins des groupes 1 et 5, comme une limitation à l'accès aux examens complémentaires ou aux consultations spécialisées. Il concerne les patients n'ayant pas de voiture pour des raisons financières ou les personnes âgées, tant dans les zones urbaines (groupe 1) qu'en milieu rural (groupe 5).

Démographie médicale

Le groupe 4 évoque sa grande disparité, et elle est de façon nette la cause d'une inégalité d'accès aux soins, au détriment des secteurs les plus ruraux, ou de certains quartiers dits « sensibles » où les praticiens hésitent à s'installer.

Manque de moyens en institution ou à l'hôpital

Le groupe 2 qui avait déjà évoqué une certaine forme de précarité chez des patients institutionnalisés, constate un manque de moyens financiers et humains au sein de ces structures, reconnu comme principale cause du problème.

Accès aux dentistes

L'accès aux dentistes est évoqué par le groupe 1 avec les mêmes difficultés que celles rencontrées avec les confrères spécialistes.

Un des médecins explique cependant que certains de ses patients dentistes eux-mêmes, lui ont déclaré pouvoir poser les prothèses les plus chères aux patients bénéficiant de la CMU complémentaire car ils sont les seuls à être remboursés à 100%. Ceci étonne beaucoup ses collègues qui n'ont pas du tout la même expérience de leurs collègues dentistes.

Notion d'obligation de soins

Un des médecins du groupe 1 rappelle aux autres qu'il ne devrait pas y avoir de difficultés normalement dans l'accès aux soins, puisque tous les médecins et établissements de soins sont, selon la loi, dans l'obligation de produire des soins à tout patient se présentant à eux.

Ses confrères soulignent que dans la pratique, cette obligation est loin d'être toujours respectée.

5) Problèmes liés à une pathologie

Pathologies psychiatriques

Les médecins des groupes 2, 3, 5 et 6 parlent de ces pathologies fréquemment associées à des situations de précarité. Elles peuvent être soit à l'origine même de la précarisation, soit la conséquence d'autres difficultés.

Addictions

Des médecins des groupes 2, 4 et 6 considèrent les patients victimes d'addiction (toxicomanes et alcoolo-tabagiques) comme des patients précaires par leur condition.

Pathologies lourdes et prises en charge tardive

Les groupes 1, 2 et 4 évoquent la fréquence de situations médicales complexes pour les patients qu'ils reconnaissent précaires.

Les pathologies aiguës, en particulier les pathologies infectieuses, sont souvent présentées tardivement à un stade déjà compliqué, comme précédemment signalé aux paragraphes « médicament déremboursés » (groupe 4).

Les pathologies chroniques sont difficiles à suivre et impliquent souvent aussi la gestion de complications avancées (groupe 2 et 4). On note également qu'il existe fréquemment une multitude de motifs pour une seule consultation, obligeant à hiérarchiser les problèmes et privilégier l'urgent (groupe 1).

Pour les migrants : syndrome de stress post traumatique

Ce syndrome spécifique des patients réfugiés ayant vécu la guerre ou subi des tortures, est mentionné par des médecins des groupes 2 et 3. Il demande une prise en charge adaptée pour laquelle le médecin généraliste est rarement formé. Un médecin du groupe 2 parle d'un guide édité pour aider les médecins, malheureusement peu connu.

Maltraitance

La maltraitance est associée à certaines formes de précarité par les médecins des groupes 2 et 6. Elle concerne les enfants pour les deux groupes, et certaines femmes étrangères dont les maris bloquent l'accès aux soins pour des raisons culturelles et religieuses (groupe 2).

Tuberculose

Elle est citée par les groupes 2 et 4, comme pathologies spécifiques du migrant (groupe 2) ou des patients vivant en logement insalubre (groupe 4).

Insalubrité et saturnisme

Seul le groupe 4 en fait mention brièvement.

c) La relation médecin-patient en situation de précarité dans les soins et les difficultés ressenties

Après une première approche du sujet essayant de préciser la définition que les différents médecins donnent à la notion de précarité, la deuxième question était destinée à leur faire exprimer les difficultés ressenties et la façon dont elles interfèrent dans la relation médecin-patient.

1) Repérer la précarité

La première difficulté évoquée par les groupes 2, 3, 4 et 5, semble être de repérer un patient en situation de précarité. Qu'il s'agisse d'une précarité financière ou d'une autre forme, les patients n'osent pas toujours faire part au médecin de leurs difficultés personnelles, et c'est à celui-ci de percevoir certains indicateurs.

Pour reprendre l'exemple des patients juste au-dessus du seuil CMU, le médecin ne réalise parfois qu'au bout de plusieurs consultations que si son patient ne va pas faire les examens complémentaires prescrits ou en consultation chez le spécialiste, c'est simplement parce qu'il ne peut pas se le permettre financièrement (groupes 3, 4 et 5).

2) Difficultés de communication

La bonne communication avec son patient est un élément déterminant de la qualité de la prise en charge qui suivra. Or, tous les groupes de médecins interrogés signalent des difficultés importantes de communication avec certains de leurs patients.

Relation médecin-patient

Un médecin du groupe 1, souvent confronté à des patients précaires dans sa pratique, évoque le fait que bien souvent les patients se trouvant dans les situations les plus complexes ne sont pas demandeurs de soins, ce qui constitue une première difficulté de taille pour le médecin généraliste. Non seulement celui-ci ne pourra s'attendre à une quelconque reconnaissance de la part du patient pour les soins prodigués, mais il devra aussi anticiper une hostilité initiale qu'il lui reviendra de tenter de dissiper.

Un autre médecin, du groupe 2 parle de ses difficultés face à la pudeur de certains patients qui ne souhaitent pas évoquer leurs difficultés financières avec le médecin.

Les médecins de groupes 2, 3, 5 et 6 semblent tous avoir été confrontés à des personnes âgées qui, malgré une situation financière confortable, vivent dans des conditions d'extrême austérité. L'hygiène est souvent déplorable dans des logements devenus insalubres. La communication avec ces patients dont le comportement relève presque de la psychiatrie, (groupe 3 et 5) s'avère très compliquée. L'examen clinique est difficile à réaliser et l'accès aux examens complémentaires ou aux consultations spécialisées quasiment impensable.

Barrière culturelle

Elle est signalée par les médecins des groupes 1, 2, 4,5 et 6 comme une difficulté importante. Les médecins qui évoquent la barrière culturelle font essentiellement référence aux patients migrants et à des questions culturelles liées à la religion.

Un médecin habitué au public précaire explique comment la différence socioculturelle entre le médecin et les patients peut constituer un obstacle dans la prise en charge.

Barrière de la langue

Elle est mentionnée par les médecins des groupes 2, 4 et 6, et constitue également un obstacle difficile à contourner lors de la prise en charge de certains patients migrants, quand ils ne peuvent pas être accompagnés d'un interprète.

3) Difficultés de prise en charge

Tous les groupes évoquent des difficultés dans la prise en charge médicale des patients précaires.

Accès aux examens complémentaires et aux spécialistes

Nous avons déjà mentionné cette réponse dans les représentations des médecins, pour lesquels la précarité évoque une difficulté d'accès aux soins. Le thème revient dans ce chapitre lorsque cette difficulté représente selon les médecins des groupes 1, 2, 3, 4 et 5, un obstacle à une bonne prise en charge médicale pour les patients CMU (groupes 1 et 2) ou juste au-dessus du seuil CMU n'ayant pas de mutuelle (groupes 3 et 4).

Personnes âgées

Pour plusieurs raisons déjà évoquées (manque de moyens en institution, difficultés financières, absence de mutuelle, pathologies lourdes, etc.), les personnes âgées sont citées par les médecins des groupes 2 à 6 comme étant parfois particulièrement difficiles à prendre en charge.

Consultations tardives

Les médecins des groupes 1, 2, et 4 expliquent que certains patients en situation de précarité tendent à consulter tardivement pour des pathologies aiguës, ce qui rend les prises en charge plus compliquées.

Les franchises médicales

Comme nous l'avons également déjà mentionné, la mise en place de ces franchises médicales est dénoncée par les médecins des groupes 1, 2 et 4 comme à l'origine d'une nouvelle forme de précarité pour les patients juste au-dessus du seuil CMU.

Difficultés de suivi

Une autre difficulté ressentie comme ayant des répercussions possibles sur la prise en charge est la difficulté de suivi médical de certains patients. Les médecins du groupe 2 évoquent le défaut de transmission des informations médicales des patients sortis de l'hôpital vers le domicile ou en institution.

Un médecin du groupe 4 cite plus particulièrement ses difficultés face aux gens du voyage pour lesquels le suivi des enfants est difficile, de même que celui des adultes présentant des pathologies chroniques, et qui consultent plusieurs médecins généralistes en fonction du

secteur où ils se trouvent, sans nécessairement disposer d'un médecin de référence.

4) Temps à consacrer

Tous les groupes évoquent des difficultés induites par la nécessité de consacrer plus de temps aux patients en situation de précarité.

Nécessité d'accompagnement

Elle est soulignée par les médecins des groupes 1, 4 et 6. Selon eux, les patients en situation de précarité nécessitent une plus grande disponibilité du médecin pour les accompagner dans la compréhension de leurs pathologies et de leurs traitements, et parfois dans certaines démarches administratives.

Chronophage

Certains médecins des groupes 1 et 3 utilisent le terme de « *chronophage* » pour évoquer la nécessité de pouvoir consacrer du temps à ces patients. Or, comme cela est signalé également par les médecins groupe 2, le temps manque souvent lors d'une journée de consultation en médecine générale.

Patients alcooliques

Les médecins des groupes 4 et 6 parlent en particulier des patients éthyliques chroniques pour lesquels la prise en charge demande beaucoup de temps, avec de minces espoirs de guérison.

Nombre de problèmes à résoudre

Deux médecins du groupe 1 évoquent le fait que les patients qu'ils considèrent comme précaires, viennent souvent à la consultation avec une liste parfois très longue de motifs de consultations. Il arrive également que ceux-ci apparaissent au fur et à mesure de l'interrogatoire, imposant au médecin de hiérarchiser les problèmes, afin de traiter les plus urgents en premier.

Manque de temps en institution

Ce problème est spécifiquement évoqué par le groupe 2 des remplaçants, souvent confrontés à un sentiment d'impuissance lors des visites de patients en institution. Ils doivent parfois évaluer la précarité d'une situation en un minimum de temps avec très peu de données sur les antécédents des patients. De plus, ils sont confrontés à un manque de disponibilité du personnel soignant, souvent en sous-effectif.

5) Problème d'hygiène

Les médecins de cinq des six groupes (2, 3, 4, 5 et 6) parlent de difficultés liées à un problème d'hygiène.

Insalubrité du logement

Comme nous l'avons précédemment mentionné au paragraphe concernant les difficultés de communication et la relation médecin-patient, les médecins des groupes 2, 3, 5 et 6 mentionnent les difficultés posées par l'insalubrité du logement de certaines personnes âgées vivant dans des conditions extrêmement austères sans que la cause ne soit nécessairement financière.

Problème des salles d'attente

Les médecins des groupes 3 et 6 soulèvent le problème posé par certains patients dont le manque d'hygiène et parfois le comportement « effraient » les autres patients pouvant être présents dans la salle d'attente en même temps.

Examen difficile lors des visites à domicile

Un des médecins du groupe 3 admet que la qualité de son examen clinique peut être altérée lors des visites à domicile, lorsque l'hygiène corporelle du patient est trop défectueuse et/ou que l'insalubrité du logement n'est pas propice à une bonne installation.

Secondaire à une incapacité physique

Un médecin du groupe 4 remarque que le manque d'hygiène chez une personne âgée peut également être secondaire à une incapacité physique.

6) Problème des actes gratuits

Les problèmes posés par les actes gratuits sont soulevés par cinq des six groupes (1, 2, 4, 5 et 6).

Actes gratuits ou réduction d'honoraires lors des visites

Les médecins des groupes 1, 2 et 4 disent pratiquer régulièrement des actes gratuits.

Un médecin du groupe 2 reprend le problème des patients âgés sans mutuelle pour lesquels il lui arrive de ne pas compter ses visites afin qu'ils puissent payer les médicaments.

En l'absence de couverture sociale

Les médecins des groupes 5 et 6 disent ne les pratiquer que rarement dans le cas de patients sans papiers et/ou sans couverture sociale.

Dignité du patient dans un système où normalement on paye

Certains médecins des groupes 1 et 5 expliquent que l'acte gratuit n'est pas anodin, et qu'il peut être dévalorisant et très mal vécu par le patient dans un système où la norme est de payer la consultation chez le médecin. Il peut également donner le sentiment que le soin donné peut être de qualité moindre par rapport à celui reçu par les patients pouvant payer normalement.

Abus par certains patients

Des médecins des groupes 1 et 5 évoquent également leur malaise quand ils ont le sentiment d'être abusés par certains patients qui disent ne pas pouvoir payer, mais semblent malgré tout avoir de l'argent quand il s'agit de payer des cigarettes ou du matériel multimédia « *dernier cri* ».

« Pas le généraliste qui coûte cher »

Un des médecins du groupe 1 et un du groupe 4 rappellent que l'acte gratuit ne facilite qu'en partie l'accès aux soins des patients en difficulté financière. En effet, selon eux, ce n'est pas la consultation chez le médecin généraliste qui coûte cher, mais plutôt encore une fois l'accès aux examens complémentaires ou aux spécialistes.

7) Problème politique

Pour les médecins des groupes 1, 2, 3 et 4, les solutions pour diminuer la précarité sont essentiellement du ressort politique.

Manque de volonté politique

Les médecins des groupes 1, 3 et 4 dénoncent un manque de volonté politique, notamment sociale. Le groupe 4 explique par exemple, que sur leur secteur de la vallée de l'Orne, une politique sociale très poussée, notamment suite à une montée du chômage massive il y a une trentaine d'année sur le secteur minier, a permis d'éviter des situations de grande précarité.

Les franchises médicales

Comme nous l'avons également déjà mentionné, la mise en place de ces franchises médicales est dénoncée par les médecins des groupes 1, 2 et 4 comme à l'origine d'une nouvelle forme de précarité pour les patients juste au-dessus du seuil CMU.

Désorganisation des soins depuis l'abolition du médecin référent

Un des médecins du groupe 1 dénonce une « *désorganisation complète des soins* » depuis l'abolition du système de médecin référent qui donnait au médecin généraliste les moyens de bien gérer le suivi des patients. Il aurait été aboli sous la pression de certains syndicats de médecins ayant eu peur d'avoir une part d'activité salariée.

8) Insatisfaction du médecin

Les médecins des groupes 1, 2, 3 et 6 parlent d'un sentiment de frustration devant certains de leurs patients précaires.

Manque de formation

Ce sentiment de frustration est issu, selon les médecins des mêmes groupes, d'un manque de formation initiale. Les médecins du groupe 6 insistent sur le manque de formation aux démarches administratives pendant les études de médecine. Ils signalent également des difficultés dans la prise en charge des patients alcooliques par une mauvaise connaissance des méthodes d'accompagnement de ces patients.

Isolement du médecin généraliste

Des médecins des groupes 1 et 6 évoquent un sentiment d'isolement du médecin généraliste au cabinet, face à des patients qui nécessiteraient parfois une prise en charge pluridisciplinaire collective.

Prises en charge non satisfaisantes

Les groupes 1 et 2 expliquent leur malaise de ne pouvoir réaliser des prises en charge satisfaisantes par manque de moyen ou de temps.

Sentiment d'impuissance

Il est évoqué par les médecins du groupe 2, désemparés par le manque de moyens dont ils disposent.

9) Rôle du médecin généraliste

Trois des groupes (2, 5 et 6) abordent le sujet de ce qui définit le rôle du médecin généraliste.

Démarches administratives et sociales

Les médecins des groupes 5 et 6 estiment que l'accompagnement du patient dans ses démarches sociales ou administratives n'est pas le rôle du médecin généraliste. Ils le font

malgré tout en pratique quotidienne.

Signalement d'une maltraitance

Au sein du groupe 6, les médecins s'interrogent sur l'obligation pour le médecin généraliste de faire un signalement lorsqu'il suspecte une maltraitance. Certains pensent qu'il s'agit d'une démarche à mettre en œuvre en accord avec des intervenants sociaux, plus expérimentés.

Education et prévention

Un médecin du groupe 1 explique qu'une des revendications syndicales actuelle est de pouvoir faire de la prévention dans les cabinets, mais que le manque de temps et de moyens ne le permettent pas suffisamment.

Un médecin du groupe 5 développe le rôle du médecin généraliste dans l'éducation thérapeutique de ses patients, il reconnaît aussi que c'est difficile à appliquer avec les moyens actuels donnés au médecin généraliste.

Au niveau du groupe 3, un des médecins précise que les questions de prévention sont de toute façon difficiles à aborder chez un patient précaire qui vit au jour le jour.

10) Comportement des patients

Les médecins des groupes 1, 3 et 5 signalent des difficultés face à des patients précaires en rapport avec leur comportement.

Multitude des appels et consommation de soins

Des médecins des groupes 1, 2, 3 et 5 reprochent des appels trop fréquents, notamment nocturnes, aux patients bénéficiaires de la CMU, souvent pour des motifs ne justifiant pas le déplacement.

Un médecin du groupe 2 parle aussi d'une tendance à venir consulter avec toute la famille sur un seul créneau de consultation.

Une des médecins du groupe 1 fait cependant remarquer que ce type de ressenti des médecins généralistes ne correspond pas toujours à la réalité puisque selon elle, une enquête menée par la sécurité sociale a démontré statistiquement que les patients CMU n'étaient pas plus consommateurs de soins que les autres.

Abus de la générosité du médecin et des actes gratuits

Des médecins des groupes 1 et 5 expliquent qu'ils ont parfois le sentiment que certains patients abusent de leur générosité et des actes gratuits, ils attribuent ce type de comportement à des patients issus de milieux défavorisés socialement et culturellement.

Négligence et manque de volonté

Un médecin du groupe 1 évoque la responsabilité de certains patients dans les difficultés de prise en charge, par leur comportement négligent.

Comportement social inadapté

Il est dénoncé par les médecins du groupe 5, qui ressentent un fossé socioculturel avec certains patients qui ne semblent pas respecter le travail du médecin considéré comme un service dû.

d) Vision et expérience des relations aux différents acteurs de prise en charge (travailleurs sociaux, structures médico-sociales)

1) Les structures sociales

Les assistantes sociales

Elles sont citées par tous les groupes comme le premier relai envisagé.

Les médecins des groupes 2, 3, 5 et 6 évoquent cependant des difficultés de communication, leur reprochant principalement un manque de disponibilité. Ceci étant en réalité plutôt dû au système de soins français (groupe 5), où leur nombre est largement insuffisant, rendant la charge de travail difficile à assumer pour elles. Elles ont de plus des horaires de travail limités aux heures ouvrables (groupe 2), ne permettant pas de répondre à la plupart des demandes, notamment aux urgences.

Un médecin du groupe 6 cite par ailleurs parfois un problème de présentation. Il évoque l'exemple d'une patiente ayant des difficultés financières importantes, mais veillant à être toujours habillée proprement. Les assistantes sociales refusent de lui apporter de l'aide en raison de son apparence : elle « *présente trop bien* » pour être vraiment pauvre.

Les médecins du groupe 5 expliquent également qu'elles n'ont souvent guère de temps pour s'occuper des personnes âgées, déjà absorbées par d'autres problématiques, notamment les jeunes en difficultés ou leurs familles.

CCAS

Les services sociaux communaux sont cités par les médecins des groupes 1, 3 et 4 avec des expériences variables d'un secteur à l'autre.

Dans le groupe 1, un médecin exerçant en zone semi-rurale en semble relativement satisfait.

Dans le groupe 4 également, au niveau du nord du département, les communes semblent très réactives et travailler en bonne collaboration avec les médecins du secteur.

Deux des médecins du groupe 3 expliquent par contre que sur la ville de Nancy, ils n'ont quasiment jamais obtenu de réponse à leurs demandes.

Services d'aides à domicile / ADAPA-SSIAD

Ils sont fréquemment sollicités par les médecins des groupes 4, 5 et 6 avec dans l'ensemble des réponses satisfaisantes.

Conseil général

Certains médecins des groupes 2 et 5 disent plutôt faire appel à lui, notamment ceux qui connaissent les médecins y travaillant.

Aide Sociale à l'Enfance (ASE)

L'ASE est mentionnée par des médecins des groupes 2 et 6, ayant eu à faire face à des cas de maltraitance à enfant.

2) Les structures médicales ou paramédicales

Hôpital/Urgences

Le recours médical le plus nommé est celui de l'hôpital, via les urgences ou non, par les médecins des groupes 2, 3, 4 et 6.

Des médecins du groupe 2 signalent cependant des problèmes de communication ville-hôpital importants, en rapport avec des courriers de sortie non faits ou tardifs. Ils déplorent des sorties parfois hâtives en raison d'une pénurie de lits d'hospitalisation, et des patients qui peuvent être mal stabilisés cliniquement. Ceci rend la prise en charge en relai par le médecin traitant très difficile, que ce soit à domicile ou en institution.

Infirmières libérales

Les médecins des groupes 1 et 4 disent faire souvent appel à elles. Elles sont un relai précieux dans le suivi et la surveillance de certains patients à domicile.

Spécialistes faisant des actes gratuits

Les médecins des groupes 1 et 3 évoquent la nécessité d'avoir dans leur carnet d'adresses les coordonnées de certains confrères spécialistes réalisant des actes gratuits en l'absence de couverture sociale, ou soignant sans difficulté les patients bénéficiaires de la CMU.

Médecins scolaires

Ils sont mentionnés par les médecins du groupe 1 comme un relai utile dans le suivi des enfants de familles défavorisées.

Hôpital local

Un des médecins du groupe 5 évoque l'hôpital local, où il exerce à temps partiel, comme une structure de grand intérêt, en relai de la gestion à domicile. Il convient pour certains patients de santé précaire mais qui ne nécessitent pas une prise en charge médicale relevant d'un véritable centre hospitalier.

3) Les structures médico-sociales

Protection Materno-Infantile (PMI)

La PMI représente une structure relai efficace pour le suivi de familles en difficulté selon les médecins des groupes 1, 2 et 4.

Unité médico-sociale (UMS)

Cette structure n'est évoquée que par les médecins du groupe 1, dont l'un des membres y effectue des vacances hebdomadaires, tandis qu'un autre a eu également une activité dans l'unité il y a quelques années.

Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)

La PASS de Toul est citée par un des médecins du groupe 6, qui lui envoie ses patients sans couverture sociale.

Centre médico-social (CMS)

Un des médecins du groupe 2 explique qu'il contacte le CMS de secteur dès qu'il se trouve confronté à une situation sociale difficile et que cela lui permet de résoudre la plupart des problèmes.

SAMU Social

Un médecin du groupe 2 le cite comme un recours utile, de jour comme de nuit.

Unité Fonctionnelle d'Accueil et Traitement des Toxicomanes (UFATT)

Cette unité d'accueil est citée par un des médecins du groupe 6, mais selon lui, les patients en sont peu satisfaits.

PAIS/CLIC personnes âgées

Cette structure est également citée par le même médecin du groupe 6.

4) Les structures administratives

Municipalité

Un des médecins du groupe 6 dit préférer s'adresser directement à la mairie, plutôt qu'aux assistantes sociales, et semble satisfait des réponses obtenues.

Interprètes de la mairie

Un médecin du groupe 2 explique qu'il a parfois recours à la mairie de Nancy pour trouver des interprètes.

5) Les associations

Médecins du Monde

L'association est citée par les médecins du groupe 1, ceux exerçant en zone rurale ou semi rurale précisant qu'ils ne peuvent pas y envoyer leurs patients en raison de la distance au centre-ville de Nancy où se trouvent les locaux de l'association. Elle est également citée par un médecin du groupe 2 et un du groupe 3.

Secours catholique

Un des médecins du groupe 5 exerçant en zone rurale l'évoque comme une des structures auxquelles il a régulièrement recours.

6) Manque de structures de proximité

Les médecins des groupes 2 et 6 précisent qu'il existe selon eux, un manque notable de structures relais adaptées aux besoins des médecins et des patients, ainsi qu'un défaut important d'information sur les structures déjà existantes.

e) Besoins et propositions pour faciliter votre exercice/optimiser les prises en charges/améliorer l'accès aux soins

1) Mesures concernant les médecins

Meilleure coordination des intervenants

Un interlocuteur unique

L'idée d'un interlocuteur unique auquel les médecins pourraient s'adresser pour toute situation de précarité est soulevée par les médecins des groupes 2, 5 et 6.

On parle plutôt d'un « *guichet social unique* » au niveau du groupe 2.

Les médecins du groupe 5 souhaiteraient un « *travailleur social spécialisé* » auquel ils pourraient se référer, travaillant éventuellement dans un service social d'urgence. Ceci permettrait une prise en charge rapide des cas les plus critiques.

Plusieurs médecins du groupe 6 précisent qu'une structure à type d'interlocuteur unique est en train d'être mise en place sur le secteur de Toul pour les difficultés rencontrées dans la prise en charge des personnes âgées. Il devrait s'agir d'une infirmière coordinatrice qui permettra d'orienter les médecins, et d'assurer un relai dans la prise en charge.

Un réseau Précarité

On évoque, au sein des groupes 1, 2 et 3, l'idée de développer un « *réseau Précarité* » sur la région, qui serait comparable aux réseaux déjà existants pour le diabète et l'insuffisance cardiaque (ICALOR).

Un des médecins du groupe 3 met cependant en garde contre le risque de stigmatiser une condition sociale qui n'est pas une pathologie, et d'ainsi compromettre les chances pour certains patients de se sortir de cette condition.

Des rencontres entre les différents intervenants

Des médecins des groupes 1 et 3 proposent des rencontres organisées entre les médecins généralistes et les intervenants sociaux. Il apparaît en effet plus facile de collaborer avec des personnes déjà rencontrées *de visu*.

Selon la même idée, le développement de maisons de santé pluridisciplinaires est à favoriser selon les mêmes médecins car cela facilite les rapports entre les différentes professions.

Les médecins du groupe 4 développent également l'intérêt du travail en groupes de pairs, qu'ils pratiquent le plus régulièrement possible. Ils évoquent aussi la nécessité d'un dossier médical partagé pour faire face aux difficultés induites par le nomadisme médical de certains patients.

Formation/Information

Les médecins des groupes 2, 3, et 6 proposent de développer les supports d'information des médecins généralistes comme des *annuaires* comprenant les numéros de téléphones utiles locaux avec mise à jour régulière.

Ils évoquent tous la nécessité d'*améliorer la formation initiale et continue* des médecins généralistes.

Le groupe 2 émet l'idée d'un *guide* écrit expliquant les droits et les différents recours possibles pour un patient en situation de précarité financière.

Les médecins du groupe 3 reconnaissent la nécessité d'une éventuelle formation des médecins centrée sur *la relation avec un patient en situation de précarité*.

Au sein du groupe 6, on propose la création d'*arbres décisionnels* spécifiques.

Autres propositions

Un médecin du groupe 5 pense qu'il faudrait un geste politique pour favoriser les actions d'éducation et de prévention des médecins généralistes.

2) Mesures concernant les patients

Augmenter le nombre d'assistantes sociales

Les médecins des groupes 4 et 5 sont unanimes sur l'insuffisance du nombre d'assistantes sociales par rapport aux besoins actuels.

Faciliter l'accès aux transports

Un médecin du groupe 1 propose la *gratuité des transports en commun* pour permettre un accès plus facile aux consultations spécialisées et examens complémentaires.

Faciliter les démarches administratives

Des médecins du groupe 6 rappellent la difficulté des démarches administratives à réaliser, notamment pour obtenir ses droits à la CMU. Une simplification serait nécessaire, en particulier pour réduire les délais d'application de ces droits.

Lutter contre l'isolement

Un médecin du groupe 4 identifie l'isolement, notamment des personnes âgées, comme la source principale de leur précarité. Il propose une réflexion sur des mesures visant à réduire cet isolement.

3) Intérêt du travail en réseau multidisciplinaire

En ce qui concerne les propositions d'amélioration, nous retenons que tous les groupes mentionnent le *travail en réseau multidisciplinaire* comme un des outils essentiels de l'amélioration de la prise en charge des patients en situation de précarité.

D. DISCUSSION

Nous discuterons en premier lieu le choix de la méthode, puis nous reviendrons sur les résultats.

1. Le matériel et la méthode

a) Echantillon de médecins

Les 28 médecins interrogés ont été recrutés au sein de groupes de pairs ou de formation continue déjà existants sauf pour le groupe 5. Ceci a permis d'obtenir des témoignages très divers, même si l'on ne peut prétendre avoir obtenu un panel représentatif de l'ensemble des médecins. Ce n'était pas l'objet d'une étude qualitative.

On peut regretter la faible proportion de femmes : seulement 5 sur les 28 médecins interrogés par les entretiens, soit environ 18% alors qu'elles représentent environ 31% des généralistes libéraux installés dans le département (24). Elles sont encore minoritaires, mais on sait que la profession est en train de se féminiser, et que le rapport va s'inverser dans les années à venir. Selon le site internet publiant les statistiques relatives aux Epreuves Classantes Nationales (www.remede.org), les femmes représentent en effet actuellement entre 60 et 70% des promotions passant le concours de la fin du deuxième cycle des études médicales, en fonction des universités.

L'étude par entretiens n'a pas permis d'analyser l'influence du sexe du médecin sur l'approche des patients en situation de précarité.

L'étude quantitative a essayé de mettre en rapport l'âge des médecins avec les réponses apportées au questionnaire. Au moment des entretiens, dans un souci de discrétion alors que nous garantissions l'anonymat des retranscriptions, il nous ne nous a pas semblé opportun de faire préciser aux médecins interrogés leur âge et lieu d'exercice précis. Nous ne pouvons pas non plus discuter sur ce sujet.

b) La méthode des focus groups

L'analyse des entretiens de groupes avait pour objectif d'apporter des éléments pour interpréter les résultats de l'étude quantitative, en tentant de mettre en lien les différentes réponses relevées, avec les expériences et les types de pratique des médecins.

Il a été très intéressant de noter que chaque groupe a réagi au sujet de façon différente et que leurs dynamiques propres ont vraiment permis d'approcher tous les aspects de la question, déjà retrouvés dans les questionnaires. Tous les médecins se sont exprimés, même s'il était inévitable qu'au sein de chaque groupe, certains dominent les prises de parole.

La participation d'un modérateur non médecin n'a semblé poser aucun problème aux médecins interrogés et a même, comme nous l'espérions, facilité les échanges en obligeant les participants à faire l'effort de bien expliciter leurs propos.

La méthode des focus groups était bien adaptée à notre sujet de recherche.

Les médecins n'ont pas exprimé de réticence à l'enregistrement vidéo des entretiens. Nous avons expliqué son objectif au préalable et au début de chaque entretien. Nous n'avons pas eu le sentiment que la spontanéité des échanges en ait été altérée. Il est cependant arrivé à plusieurs reprises en fin de séance que les conversations se poursuivent une fois la caméra éteinte. Les médecins étaient alors plus détendus et certains de ces échanges auraient pu être intéressants à retranscrire. Ceci n'aurait cependant pas été de nature à changer les conclusions de l'étude.

2. Deux profils de médecins

L'analyse des entretiens permet de mettre en évidence deux profils de médecins selon leur expérience de la précarité.

Ils se sont dessinés dès le premier entretien : **ceux qui sont confrontés à des patients précaires** de façon pluriquotidienne voire permanente, notamment par le choix de leur lieu d'installation, et **ceux qui le sont peu**.

Un peu plus d'un tiers des médecins interrogés par les entretiens se disent fréquemment confrontés à la précarité, parmi lesquels quatre peuvent être désignés comme « experts » de la précarité. L'étude quantitative retrouvait un quart environ des médecins estimant être confrontés à la précarité quotidiennement (plus de 8 patients précaires par semaine). L'étude

demandée par la Croix Rouge à la SOFRES en 1999 ne relevait que 14% des médecins interrogés dans cette situation (34). Nous pouvons imaginer que notre méthode de recrutement via des groupes de pairs déjà constitués certes, mais informés de la nature du sujet des séances, a majoré la proportion de médecins très impliqués dans la prise en charge de ce public. Ceci peut également être interprété comme le reflet d'une augmentation de la précarité, ou tout au moins d'une plus grande diversité du public identifié comme précaire par les médecins généralistes.

Nous pouvons analyser des problématiques différentes associées à ces deux types de profils.

a) Dans leur représentation de la précarité

Difficultés financières comme première cause de précarité

Les médecins que nous classons dans la deuxième catégorie (peu confrontés à la précarité), ont répondu à la question en évoquant en premier lieu des patients en difficulté sociale, et en particulier financière.

Ainsi le manque d'argent est perçu comme le premier responsable d'une situation précaire. Cette réponse correspond à ce que nous attendions, car c'est aussi l'idée la plus répandue au niveau de la population générale.

Ces difficultés financières peuvent être le fait de différentes circonstances : difficultés familiales, précarité professionnelle, retraites insuffisantes de certaines personnes âgées, etc. Ces circonstances peuvent être nouvelles ou passagères lorsqu'ils évoquent des situations de rupture comme un divorce ou la perte d'un emploi. Elles peuvent au contraire correspondre à des situations plus anciennes, où l'on retrouve des difficultés chroniques. Ils évoquent par exemple certains milieux sociaux moins favorisés, comme les milieux ouvriers (groupe 4 et 6) auxquels ils associent une prévalence plus importante de problèmes d'addictions ou de maltraitance.

Dans l'étude d'ELGHOZI, les difficultés financières étaient déjà au premier rang des causes de précarité, mais elles concernaient les patients chômeurs, ou désocialisés pour diverses raisons (44). Les médecins évoquent désormais des patients ayant un emploi mais dont les revenus restent insuffisants pour leur assurer un bon accès aux soins.

Certains médecins pensent qu'il s'ajoute parfois, au bas niveau de revenus, un problème de mauvaise gestion du budget. Ils évoquent ceci lorsqu'ils comprennent mal pourquoi certaines familles dépensent leur argent dans du matériel multimédia « *dernier cri* » sans nécessairement se soucier de ce qu'il va rester pour répondre aux besoins « essentiels » selon les médecins, comme l'alimentation ou la santé.

On retrouve ici notamment la problématique de la place de la santé qui n'est pas nécessairement la même pour le patient et pour le médecin, et peut être à l'origine de difficultés de communication entre eux.

La plupart des médecins remarquent que les patients les plus pauvres peuvent en théorie bénéficier de la CMU et de ce fait ont accès aux soins. Leurs témoignages confirment ainsi le fait que la mise en place de la CMU a permis d'améliorer l'accès aux soins de ces patients. La mise en place de la CMU ne semble pas permettre, en revanche, de répondre au problème de la paupérisation des classes moyennes inférieures pour lesquelles les revenus sont justes supérieurs au seuil donnant droit au bénéfice de la CMU.

Ces patients, juste au-dessus du seuil CMU, sont désignés par tous les médecins comme les plus fragiles dans l'accès aux soins. Ils seraient ceux qui ont le plus souffert de la mise en place des franchises médicales, dénoncées par plusieurs médecins comme responsables de l'apparition d'une nouvelle forme de précarité.

Les personnes âgées, un public particulièrement fragile

Le deuxième sujet évoqué de façon prédominante par les médecins s'estimant peu confrontés à la précarité, est celui des personnes âgées en situation d'isolement, particulièrement vulnérables en milieu rural notamment. Elles sont effectivement identifiées dans la littérature comme faisant partie des cinq catégories de patients les plus à risque de précarité (4). L'isolement familial semble difficile à appréhender et laissent aux médecins un sentiment d'impuissance.

Ces patients âgés peuvent également être confrontés à une précarité financière, aggravée elle aussi, selon certains médecins, par les mesures de mise en place des franchises médicales ou de déremboursement de certains médicaments.

Selon les médecins interrogés, l'isolement en milieu rural est également majoré par les difficultés liées aux problèmes de transport. Les médecins généralistes peuvent encore assurer les visites à domicile mais sont limités dans leurs prises en charge lorsque qu'ils ont besoin de réaliser des examens complémentaires ou d'adresser leurs patients à des spécialistes.

L'amélioration des possibilités de transport des personnes âgées vers les centres de soins de proximité doit faire partie des mesures à mettre en place pour améliorer leur accès à la santé.

Les médecins experts de la précarité abordent une approche plus globale

Pour les médecins « habitués » à ce public précaire, la précarité se définit déjà par les particularités de sa prise en charge.

Ils évoquent en premier lieu les difficultés d'accès aux soins.

Selon eux, l'important est aussi de pouvoir proposer la disponibilité nécessaire. La question de la précarité est abordée par le temps à consacrer aux patients en difficulté. Ils insistent sur la nécessité d'un accompagnement et d'une approche globale qui vont aussi permettre de comprendre la réalité du patient et de la place de la santé pour lui.

L'intérêt d'une sensibilisation de nos confrères moins à l'aise, par le biais de la formation, à un certain nombre de notions nécessaires à la prise en charge de patients précaires est explicité.

Cette idée de la nécessité de pouvoir accompagner nos patients précaires est en accord avec notre ressenti initial. Cela implique qu'il faudrait pouvoir disposer de plus de temps avec ces patients.

b) Dans les difficultés rencontrées

Repérer une situation de précarité

Les entretiens mettent en évidence que pour les médecins peu confrontés à la précarité, une des premières difficultés serait déjà de pouvoir **repérer une situation de précarité**.

Le groupe 3 en particulier développe ce thème et remarque combien il est parfois difficile de percevoir la détresse de nos patients. En effet, souvent par pudeur certains patients ne désirent pas montrer qu'ils rencontrent des difficultés et c'est seulement lorsqu'ils ne vont pas voir un confrère spécialiste, que les examens complémentaires demandés ne sont pas faits, ou simplement lorsqu'ils osent demander le tiers-payant ou un délai dans l'encaissement d'un chèque, que l'on réalise l'existence de ces difficultés.

Les médecins du groupe 5 constatent également en début d'entretien qu'à la réception des questionnaires, ils ont pensé qu'ils n'étaient pas concernés. Ils pensaient n'avoir que peu de patients précaires dans leur patientèle. C'est en se préparant à l'entretien, qu'ils ont ensuite réalisé que leurs patients en situation de précarité étaient plus nombreux qu'ils ne l'imaginaient au départ.

On remarque d'ailleurs que les résultats de l'étude quantitative montraient que les médecins généralistes estimaient en moyenne à 5,5% la proportion de leurs patients précaires sur le total de leurs consultations hebdomadaires. Ce chiffre nous paraissait en dessous de ce que l'on pouvait attendre puisqu'on évalue que la pauvreté touche environ 13% de la population française. Ceci suggère que les médecins ont tendance à sous-estimer le nombre de leurs patients en difficulté, ou que ces patients sont en réalité moins consommateurs de soins.

Cette réponse, formulée comme telle, n'était pas attendue et nous semble particulièrement intéressante. Un des objectifs de cette étude était aussi en effet de pouvoir sensibiliser les médecins interrogés au problème de la précarité et peut-être de leur permettre d'être plus attentif à déceler une situation précaire ou à risque de précarité.

Une formation sur la prise en charge des patients précaires pourrait reprendre tous les grands types de situations à risque de précarité, dont l'ensemble a bien été identifié sur la totalité des entretiens, mais que chaque médecin individuellement devrait pouvoir être en mesure de repérer lorsqu'elles se présentent. Nous parlons ici des patients jeunes, pouvant être en situation professionnelle difficile, des personnes âgées isolées, des situations de rupture familiale et/ou professionnelle, des patients juste libérés de prison (les seuls à n'avoir été cités dans aucune des deux études), des mères isolées, des toxicomanes, etc. Ces situations ne sont, la plupart du temps, que passagères mais elles peuvent faire basculer une personne dans la précarité et le médecin généraliste peut alors apporter une aide déterminante s'il parvient à les identifier.

Difficultés dans la relation médecin-patient

Le deuxième niveau de difficultés évoqué par les médecins peu confrontés à la précarité renvoie à la relation médecin-patient, nous développerons cette notion dans un chapitre consacré ultérieurement.

Difficultés liées au manque de formation

Les médecins peu confrontés à la précarité sont plusieurs à dénoncer **un manque de formation**, notamment dans la gestion des démarches administratives qui pourraient aider les patients dans la facilitation de l'accès aux soins. Comme nous le développerons plus loin, ils reconnaissent également des difficultés dans la relation au patient en situation de précarité, et se sentent parfois isolés par leur mauvaise connaissance des structures relais.

Cette réponse confirme également une de nos hypothèses de départ.

La dimension politique soulignée par les médecins experts de la précarité

Le sentiment d'agression et d'incompréhension n'est pas retrouvé parmi les médecins avertis, qui sont pourtant constamment confrontés à ces patients. Les comportements sont perçus différemment et rattachés à des déterminants socioculturels identifiés.

Ce constat vient confirmer notre hypothèse selon laquelle une meilleure connaissance du

public facilite la relation médecin-patient.

Les médecins qui se sentent déjà acteurs de terrain expérimentés expriment des difficultés qui sont plutôt **d'ordre politique**. Ils dénoncent un manque de moyens, et la mise en place de mesures comme les franchises médicales et le déremboursement de toujours plus de médicaments comme responsables de l'aggravation des inégalités d'accès aux soins.

Alors que nous pensions concentrer notre étude sur les difficultés et possibilités d'amélioration de la pratique quotidienne des médecins au niveau local, il nous faut tenir compte de l'importance de cette réponse, même si les solutions à proposer relèvent des autorités politiques.

La nouvelle loi HSPT propose dans ses objectifs des réponses aux problématiques soulevées par les médecins avec notamment une facilitation de l'accès aux soins pour tous ; déclinés par les Agences Régionales de Santé (ARS) via les Programmes Régionaux de Santé (PRS) (20). Nous espérons qu'ils permettront effectivement une réduction des inégalités d'accès aux soins dans les années à venir.

Il est apparu de plus au cours de nos rencontres avec ces médecins qu'il leur est de plus en plus difficile d'assurer la prise en charge de certains patients en grande difficulté, en raison d'une lourdeur administrative croissante. Les médecins ne se sentent pas suffisamment soutenus et se retrouvent parfois eux-mêmes face à des difficultés financières lorsqu'un trop grand nombre de leurs patients ont des droits sociaux qui tardent à être régularisés. Cela fait peser sur les cabinets des avances de frais importantes menaçant la pérennité de certains d'entre eux, qui risquent d'être contraints de fermer leurs portes.

c) Dans leurs rapports avec les structures relais

Rapports difficiles avec les assistantes sociales et manque de connaissance des structures

Comme nous le pensions, les médecins peu confrontés au public précaire, constatent des relations difficiles avec les assistantes sociales, qu'ils estiment peu disponibles en général, et parfois inefficaces. Les CCAS (ou services municipaux) et les services d'aide et de soins à domicile sont évoqués par la moitié des groupes.

Les structures médicales ou paramédicales comme l'hôpital, les infirmières, les confrères spécialistes sont connus. Le problème majeur concernant les spécialistes est de connaître ceux qui acceptent de ne pas appliquer de dépassements d'honoraires systématiques et de voir des patients bénéficiaires de la CMU.

Les structures médico-sociales sont très mal connues. La PMI est la plus citée (3 groupes). Les PASS ne sont citées que deux fois : l'UMS par les médecins du premier groupe dont deux

y assurent ou y ont assuré des vacances. Et la PASS de Toul par un seul des médecins du groupe 6. Un seul médecin du groupe 2 cite un CMS, car il compte des assistantes sociales dans ses amis

Parmi les associations caritatives, seule Médecins du Monde (3 groupes) et le Secours Catholique (1 groupe) sont mentionnées.

Tous les médecins non experts constatent cette mauvaise connaissance des structures relais et seraient intéressés par un outil qui leur permettrait de surmonter cette difficulté.

Carnets d'adresses et valorisation du travail en réseau

Les médecins déjà impliqués dans la prise en charge des patients précaires se sont tous constitués un carnet d'adresses de spécialistes acceptant ces patients et soulignent la plus-value du travail en réseau avec les autres structures de proximité telles que les PMI, les médecins scolaires, les travailleurs sociaux, etc.

3. Expérience de la précarité en milieu urbain versus milieu rural

Un des objectifs de cette enquête qualitative était de tenter de mettre en évidence d'éventuels liens entre l'expérience de la précarité et le lieu d'exercice des médecins installés.

La conduite des entretiens montre effectivement des témoignages très différents en fonction de la zone d'exercice.

Les 2/5e environ des médecins de notre échantillon exercent en milieu rural ou semi-rural, alors que le département est essentiellement urbain. On peut penser que ces proportions non représentatives sont dues à notre choix d'interroger des médecins de tous les secteurs du département.

a) Isolement, problème des transports et manque de structures en milieu rural

Les médecins exerçant en secteur rural se disent en général peu confrontés à la précarité. La précarité en milieu rural est souvent mise en rapport avec des situations d'**isolement**, particulièrement pour les personnes âgées. Les médecins évoquent l'isolement affectif, mais aussi géographique avec de grandes difficultés de transport (transports en commun peu développés). Cette représentation peut être mise en lien avec le **manque de structures de proximité** plus marqué en milieu rural.

Les services d'aide à domicile sont toutefois mentionnés comme un relai utile sur les secteurs où ils sont bien développés. Une piste d'amélioration de la pratique en milieu rural pourrait être de continuer à favoriser leur développement.

D'autres évoquent aussi le **manque d'éducation** des patients. Ils sentent que le décalage généré par cette différence est la source de difficultés majeures de communication. On peut imaginer, toujours dans le cadre d'une formation, que l'aide à l'analyse de certains comportements retrouvés chez les patients de façon fréquente, et pour preuve le nombre de médecins y faisant référence, pourrait être utile à leur appréhension par les médecins.

b) Manque de temps en milieu urbain

Le département de la Meurthe-et-Moselle est essentiellement urbain et les médecins exerçant en ville ne témoignent pas de la même expérience. La difficulté étant moins le manque de structures que **le manque de temps**.

La plupart des médecins très confrontés à la précarité exercent en milieu urbain. Le choix du secteur d'exercice est d'ailleurs bien décrit par un médecin du groupe 3, comme déterminant dans le type de patientèle reçue en consultation. Ce médecin précise qu'il a certainement choisi de s'installer dans une zone pavillonnaire en raison d'une mauvaise expérience sur d'autres types de secteurs et que la plupart de ses confrères choisissent leur lieu d'installation en fonction du type de pratique qu'ils souhaitent aborder. On remarque d'autre part que la plupart des logements dits « sociaux » se trouvent en milieu urbain.

Le patient précaire urbain est surtout perçu comme celui qui présente « *une avalanche de problèmes* » qu'il va falloir « *hiérarchiser* ». Le **temps à consacrer** devient une des difficultés principales.

Les principales difficultés rencontrées sont en rapport avec des problèmes socio-économiques (accès aux soins des patients CMU ou juste au-dessus du seuil CMU, barrières culturelles, précarité professionnelle) ou médicaux caractérisant les patients rencontrés (addictions, polyopathologies, consultations tardives).

Le problème des personnes âgées isolées est aussi évoqué en milieu urbain. De nombreux médecins ont dans leur patientèle un ou plusieurs exemples de personnes âgées vivant dans des logements insalubres alors qu'ils n'ont pas de problèmes financiers.

L'aide à la prise en charge des **personnes âgées** doit également constituer un axe prioritaire dans l'étude et l'amélioration de la prise en charge des patients précaires.

4. L'accès à la santé

Les témoignages de nombreux médecins abordent la précarité sous l'angle de l'accès aux soins et à la santé.

Place de la santé

Des médecins expliquent que certains patients attendent parfois trop longtemps avant de consulter, ils parlent de situations médicales graves ou de la notion de « *danger* » qui motivent finalement la consultation chez le médecin. Certains expliquent d'une autre façon que ce n'est parfois que quand le problème de santé devient un problème immédiat, qu'il est pris en compte par le patient.

Le médecin doit effectivement tenir compte du fait que pour certains patients la bonne santé est tout simplement l'« absence de maladie ». Cette représentation de la santé concerne notamment les gens du voyage, comme cela est développé par le groupe 4 en particulier.

La maladie n'apparaît réelle au patient que lorsque celui-ci est confronté à un symptôme. Ce type de représentation n'est pas exclusivement le fait des patients précaires, comme le souligne un des médecins du groupe 4. Il explique par exemple qu'il a parfois du mal à obtenir la compliance de patients aisés porteurs d'hypertension artérielle, qui ne prennent leur traitement que lorsqu'ils ont « *mal à la tête* ».

Elle apparaît cependant plus fréquente pour des patients en situation de précarité pour lesquelles la santé n'est pas la priorité du quotidien. Il en résulte des situations de consultations tardives pour des situations médicales parfois graves.

Inégalités d'accès aux soins

Les difficultés d'accès aux soins liées au déremboursement de certains médicaments sont également désignées comme responsables de l'apparition de ces situations. Les patients ne viennent plus consulter pour des symptômes qui leur semblent bénins, et pour lesquels ils pensent que la réponse va être la prescription de traitements dits symptomatiques non remboursés. A nouveau, seule l'apparition d'un symptôme grave les fait consulter.

Le problème est-il le déremboursement en lui-même ou le manque d'information des patients autour de ces mesures ? Si les traitements symptomatiques ne changent pas l'évolution d'une infection virale banale, la consultation médicale permettrait de repérer précocement les signes évocateurs de pathologies plus complexes.

Ceci renvoie à l'importance de l'éducation et du relai de l'information par les médecins à leurs patients.

Comme nous l'avons déjà précisé au chapitre précédent, les inégalités d'accès aux soins sont aussi à mettre en lien selon les médecins, avec des difficultés de transport, particulièrement en milieu rural.

5. La relation médecin-patient en situation de précarité

Quelle que soit la perception que les médecins ont de leurs patients précaires, tous expriment leur volonté d'agir au mieux pour le bien du patient. Ceci se fait fréquemment au prix d'un investissement important en temps et même financier quand ils évoquent les actes gratuits. Cet investissement leur semble malheureusement souvent vain, et il leur arrive de se sentir blessés par l'absence de retour adapté à leur effort et le manque de reconnaissance.

Les déterminants influençant la relation médecin-patient sont nombreux et peuvent affecter *in fine* l'état de santé de nos patients (2). Dans le cas de la prise en charge des patients en situation de précarité, ils nous paraissent avoir une spécificité intéressante à étudier en vue d'essayer d'améliorer les prises en charge.

L'analyse par mots-clés de l'étude quantitative a permis de mettre en évidence un certain nombre de représentations que les médecins ont de la précarité, pouvant être de nature à altérer la communication entre le médecin et son patient. L'analyse des entretiens avait pour objectif de mieux comprendre ces interactions. Par le recueil des expériences rapportées par les médecins interrogés, nous avons pu préciser ces représentations de la précarité.

Au travers de plusieurs exemples de situations, nous pouvons essayer d'approfondir les problématiques entrant en jeu.

a) L'hygiène

Plusieurs médecins évoquent l'exemple de la visite à domicile rendue difficile lorsque le patient vit dans un logement insalubre dans des conditions d'hygiène parfois désastreuses. Ils expliquent avec honnêteté qu'il leur arrive de ne pouvoir mener à bien l'examen clinique, ce qui rend plus difficiles les décisions thérapeutiques.

Il paraît difficile d'envisager pouvoir améliorer l'état d'hygiène de tous nos patients, mais le simple fait de prendre conscience des freins qu'il peut représenter lors de la prise en charge d'un patient, pourrait permettre de les minimiser.

b) Les problèmes de comportement

Les médecins peu confrontés à la précarité expriment leur incompréhension face à certains comportements répétés de leurs patients qu'ils considèrent en partie responsable de leur mauvais accès aux soins.

Ils donnent quelques exemples de situations générant des sentiments d'échec et de frustration. Ils mentionnent ainsi par exemple le fait que certains patients abusent de la générosité du médecin qui accepte de pratiquer des actes gratuits, ou l'agressivité parfois manifeste d'autres patients qui menacent de poursuite en justice si le médecin ne se déplace pas en visite.

Les médecins expriment également leur incompréhension face à certains comportements de patients qui bénéficient d'aides par rapport à des difficultés financières, et ne mettent pas la santé en priorité alors qu'ils s'autorisent d'autres dépenses (« *dernière console* »). Les patients leur apparaissent responsables de leurs difficultés et de leurs choix.

Ces comportements sont constamment rapportés aux milieux sociaux défavorisés dont sont fréquemment issus les patients bénéficiaires de la CMU. Certains précisent en effet que cette difficulté n'est pas retrouvée lorsque les patients se retrouvent bénéficiaires de la CMU suite à un évènement de vie, alors qu'ils n'avaient pas de difficultés financières jusque-là.

c) Les difficultés de suivi

Les difficultés rencontrées dans le suivi des patients concernent surtout les « gens du voyage » d'après les témoignages des médecins. Ils expliquent qu'il leur est difficile d'assurer le suivi des maladies chroniques ou de l'état vaccinal des enfants particulièrement. Ils évoquent à cette occasion l'intérêt du dossier médical partagé qui permettrait une prise en charge plus coordonnée des différents médecins intervenant.

Selon un rapport de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) publié en 2007, les gens du voyage, qui constituent une population de quatre cent mille personnes en France, présentent un plus mauvais état de santé que la population générale. Leur espérance de vie serait de quinze années inférieure en moyenne (45). Les activités économiques traditionnellement pratiquées par les gens du voyage ne permettent plus de subvenir aux besoins de la famille et la majorité d'entre eux est désormais bénéficiaire des minima sociaux. Ils accèdent aux soins, notamment par la CMU, mais l'utilisation qu'ils font du système de santé ne leur permet pas d'accéder à des soins de qualité. Ils présentent souvent des troubles dentaires, de la vue ou de l'audition non dépistés ; les conduites addictives sont aussi fréquemment retrouvées, associées à des phénomènes dépressifs et de mal-être (45).

Comme l'observent les médecins interrogés dans notre étude, les gens du voyage ont un

recours tardif aux soins. Ils attendent souvent de vivre des situations critiques pour faire appel à un médecin ou se rendre à l'hôpital.

« Leur rapport à la santé peut alors apparaître comme de la négligence et le non-souci de soi. En fait, il s'agit d'une rupture vis-à-vis de la médecine et des complications dues aux déterminants socio-éducatifs et au vécu de ces familles. »

Ce rapport mentionne enfin un travail effectué dans l'agglomération de Rouen ayant permis d'améliorer la couverture vaccinale de cette population. *« Pour parvenir à ces résultats, les professionnels de santé eux-mêmes ont dû modifier les représentations - souvent négatives - qu'ils avaient de ces populations. »* (45)

d) Le rôle du médecin généraliste

Les médecins ne sont pas tous unanimes sur la définition du rôle du médecin généraliste. Ces désaccords concernent surtout les rapports aux travailleurs sociaux. Certains médecins considèrent qu'appeler l'assistante sociale *« ce n'est pas notre rôle »*. Ils le déclarent ainsi mais dans les faits, le font malgré tout puisqu'ils décrivent les difficultés qu'ils ont à le faire. Les médecins plus jeunes et en particulier le groupe de remplaçants ne se positionnent pas de la même façon, et hésitent moins à contacter les services sociaux lorsqu'ils en ont le temps. Ils ont peut-être été plus sensibilisés par leur formation à la notion de travail en réseau.

Nous pouvons reprendre l'article R.4127-50 du code de la santé publique, cité dans notre première partie, qui précise que le médecin doit *« faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. »*

Contacter les services sociaux lorsque cela est nécessaire, s'inscrit donc bien dans les missions du médecin. En réalité, la majorité des médecins ont bien cela en tête mais peuvent se sentir découragés lorsque les premières tentatives n'ont pas abouti.

L'importance de la facilitation et du développement du travail en réseau pluridisciplinaire revient au cœur de la problématique.

Concernant la polémique du refus de soins aux patients CMU (38), nous devons constater qu'elle n'a pas été évoquée par les médecins généralistes. Ils ont cependant cité le refus de soins par certains spécialistes.

Rappelons que l'étude menée par l'IRDES concernait des médecins installés à Paris où la démographie médicale n'est pas la même qu'en Meurthe-et-Moselle.

Le refus de soins concernait 20% des généralistes mais dont la majorité était installée en secteur 2 ; le pourcentage montait jusqu'à 38% pour certains gynécologues.

Nous n'avons pas retrouvé le nombre de médecins généralistes installés en secteur 2 en

Meurthe-et-Moselle, mais il nous semble qu'il est bien inférieur à celui de la région parisienne. Le niveau de vie plus élevé à Paris peut expliquer en partie cette différence.

Doit-on en déduire qu'aucun médecin généraliste du département ne refuse les patients bénéficiaires de la CMU ? Probablement pas. Il en résulte que cette problématique semble cependant moins prévalente en Meurthe-et-Moselle.

6. Cas particulier des migrants

L'élaboration de ce sujet de thèse était initialement inspirée de l'activité de l'Unité Médico-Sociale du CHU de Nancy (UMS), mise en place et dirigée par le Dr MAIGNAN. Les patients migrants primo-arrivants constituant une part non négligeable de la patientèle de l'UMS, nous pensions qu'ils devaient également constituer une population particulière dans la patientèle des médecins libéraux posant des difficultés spécifiques.

A l'issue de notre étude, nous constatons que les médecins libéraux ne sont en réalité qu'extrêmement rarement confrontés à des patients primo-arrivants sans couverture sociale.

Ils sont, en revanche, nombreux à évoquer les migrants de deuxième ou troisième génération non pas pour des difficultés d'accès aux soins, mais par le problème de la barrière de la langue et culturelle.

La barrière de la langue est toujours reconnue comme une difficulté, même si les situations extrêmes de communication impossible sont rares parce que les patients sont souvent accompagnés par un interprète. Cette difficulté n'est donc pas considérée comme majeure par les médecins généralistes qui acceptent la présence d'un tiers mais met en évidence que dans ces prises en charge, on renonce par nécessité à la qualité reconnue du colloque singulier.

On note d'autre part que les patients migrants vus en médecine générale sont souvent déjà implantés et bénéficient du soutien de leur communauté d'origine. Ceci semble les préserver de l'isolement perçu comme une difficulté fréquente chez les autres patients précaires.

Toutes les réponses aux difficultés rencontrées ne sont pas forcément à chercher dans le système de santé, les ressources propres au patient pourraient être étudiées.

Lorsque ponctuellement des problèmes de santé propres aux migrants sont rencontrés (exemple du syndrome de stress post traumatique), les médecins semblent manquer de

réponses dans ces situations. Seuls quelques uns savent orienter leurs patients vers des structures spécialisées dans ce type de prise en charge.

7. Trois axes de travail principaux à envisager selon les médecins interrogés

Les besoins et propositions de tous les médecins se rejoignent sur trois axes principaux, parmi lesquels les deux premiers rejoignent nos hypothèses de départ.

a) Améliorer la coordination médecins/travailleurs sociaux

Ceci pourrait être fait par la mise en place idéalement d'un **interlocuteur unique**. Ce travailleur social pourrait orienter le médecin directement vers la bonne structure en fonction de la situation présentée. Idéalement, il pourrait prendre le relais de la prise en charge sociale. Il faut se demander quelle serait la structure la plus adaptée pour assurer cette fonction : la CPAM, la PASS, le Conseil Général ou le CCAS ? Les différentes possibilités pourraient faire l'objet d'un groupe de travail afin de déterminer le meilleur candidat sur les différents types de secteurs (urbains ou ruraux).

Il est également nécessaire de développer des annuaires des « *numéros utiles* » adaptés à chaque secteur d'exercice et remis à jour régulièrement.

Enfin, les médecins et les intervenants sociaux doivent pouvoir se rencontrer régulièrement afin d'améliorer le travail en réseau.

b) La formation

Les médecins expriment tous la nécessité d'améliorer la formation initiale et continue sur les démarches administratives pouvant faciliter l'accès aux soins de nos patients, ainsi que sur les structures relais existantes et leurs missions.

La formation des médecins doit également leur permettre de mieux appréhender la relation avec leurs patients en situation de précarité en axant sur les problématiques de communication.

c) Favoriser une politique de santé sociale au niveau local et au niveau national

De nombreux médecins ont le sentiment que la politique de santé actuelle est responsable d'un accroissement des inégalités sociales. Ils insistent sur le fait que l'accompagnement des patients précaires demande du temps et qu'il nécessite des mesures politiques et des moyens suffisants pour le rendre possible.

4. CONCLUSION

Cette étude qualitative avait pour objectif de préciser les données recueillies par l'étude quantitative et tenter de mettre en lien les principales difficultés ressenties par les médecins dans la prise en charge des patients précaires avec leurs expériences et perceptions de la précarité. Elle devait également sonder les médecins sur les besoins et propositions qui selon eux, devraient faire l'objet d'une réflexion et de mesures pouvant permettre d'améliorer leur pratique quotidienne.

L'analyse des entretiens a permis dans un premier temps de mettre en évidence que l'expérience facilite la prise en charge des patients précaires. En effet, les médecins « experts » de la précarité ne se trouvent pas confrontés aux mêmes difficultés, notamment relationnelles, lorsqu'ils sont face à un patient en situation de précarité que leurs collègues moins aguerris.

Les difficultés financières restent pour tous le principal obstacle à l'accès aux soins. Les patients dont les revenus les situent juste au-dessus du seuil d'obtention de la CMU sont désignés par tous les médecins comme étant les plus victimes des inégalités d'accès aux soins.

Les personnes âgées et les migrants sont bien identifiés comme des catégories de patients à plus grand risque de précarité.

Les problématiques de la précarité varient entre le milieu urbain et le milieu rural.

Le manque de temps est une difficulté plus évoquée en milieu urbain. L'isolement des personnes âgées, et le problème des transports sont plus marqués en milieu rural.

Les médecins mettent en rapport les inégalités d'accès aux soins avec la représentation et la place de la santé qui varie selon les milieux socioculturels. Ils comprennent que ce décalage peut être source de difficultés de communication avec leurs patients.

Les migrants primo-arrivants sans papiers ne viennent que rarement consulter au cabinet de médecine générale. Les médecins perçoivent cependant les migrants en général (première, deuxième, voire troisième génération) comme une population plus à risque de précarité, de par la barrière de la langue et surtout par la barrière culturelle qui peut limiter l'accès aux soins.

A l'issue de cette étude qualitative, nous pouvons dégager trois axes de travail pour envisager des réponses aux besoins exprimés par les médecins :

- améliorer la coordination entre médecins et travailleurs sociaux et favoriser le développement du travail en réseau pluridisciplinaire ;
- proposer de la formation orientée sur la prise en charge des patients précaires ;
- favoriser une politique sociale de santé afin de soutenir les efforts individuels.

TROISIEME PARTIE : CONFRONTATION DES RESULTATS COMPLEMENTAIRES DES DEUX ETUDES

1. INTRODUCTION

Nous discuterons en premier lieu la méthode de notre étude à double approche. Nous poursuivrons avec la synthèse des convergences et des divergences entre les principaux résultats des deux études en les confrontant à d'autres travaux, et en particulier à deux thèses de médecine générale soutenues récemment, ainsi qu'à l'enquête de l'Agence Régionale de Santé - *Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires* - parue en avril 2011.

2. LA METHODE

Le rendu de l'analyse des résultats de ces deux études menées en 2009 a nécessité un travail important et intervient avec un délai de deux ans.

Alors que le sujet était encore inédit lors de l'élaboration de notre projet, plusieurs thèses ayant des approches similaires ont été soutenues, depuis, sur d'autres territoires.

Nous pouvons citer tout d'abord la thèse de Marie TELLIER : *Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en situation de précarité en médecine générale*, soutenue le 1^{er} juin 2010 à la Faculté de Médecine de Paris Descartes (46). Cette étude était basée sur des entretiens semi-dirigés menés auprès de 15 médecins généralistes d'Ile-de-France. La problématique principalement développée dans son travail concernait la « polémique » du refus de soins aux patients bénéficiaires de la CMU par les médecins parisiens - enquête IRDES (38). Sa conclusion était qu'aucun des médecins généralistes interrogés ne refuse explicitement de prendre en charge les patients en situation de précarité. L'analyse des entretiens met en évidence deux profils de médecins : ceux qui sont peu confrontés à la précarité, souvent du fait du choix de leur lieu d'installation, et ceux qui le sont quotidiennement, de façon plus ou moins satisfaisante.

Nous pouvons également évoquer le travail de thèse d'Adeline AUBRY : *Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS*, également soutenue à la Faculté de Médecine de Paris Descartes, le 9 mars 2011 (47).

Il s'agissait cette fois d'une étude par questionnaires envoyés à 108 médecins du 13^e arrondissement de Paris, dont environ le tiers a répondu. L'objectif était de « *définir les difficultés rencontrées lors de la prise en charge des patients précaires et de proposer une collaboration avec la PASS de la Pitié Salpêtrière* ». Les principales difficultés recensées sont dues à l'isolement lié à la pratique en cabinet des médecins libéraux (58%, soit n=18) et au manque de connaissance des établissements médico-sociaux et des associations. 64% des répondants (n=18) ne connaissaient pas d'association d'aide.

Dans notre étude en Meurthe-et-Moselle, nous retrouvons également une majorité de médecins qui déclarent un manque de connaissance des structures relais puisque 87,5% disent les connaître moyennement ou insuffisamment. Les résultats d'Adeline AUBRY viennent appuyer le lien établi grâce aux entretiens, entre la difficulté ressentie par les médecins face à leurs patients en situation de précarité, et l'isolement ressenti dans les prises en charge, lié à la mauvaise connaissance des structures relais.

Dans son étude, elle montre que 55% des médecins (n=17) ne travaillaient pas avec les assistantes sociales et 77% (n=24) déclaraient ne pas connaître la PASS.

En Meurthe-et-Moselle, seuls 12% (n=47) déclarent n'être jamais en contact avec les structures relais, mais 92% déclarent ne l'être que parfois, exceptionnellement ou jamais.

Concernant les PASS, seuls 7% des médecins de notre étude semblent les connaître.

Adeline AUBRY conclut que ce manque de connaissance est « *probablement expliqué par l'absence de formation sur la prise en charge des patients précaires au cours du cursus universitaire* ». La moitié des médecins interrogés était intéressée par la création d'un réseau médecine de ville-PASS.

INTERET DE LA DOUBLE APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE

La double approche quantitative et qualitative a permis de comprendre et de quantifier des difficultés ressenties.

Seule l'enquête d'ELGHOZI, mentionnée dans le livre *Précarité et Santé* de LEBAS et CHAUVIN, menée en 1995 (44) (48), proposait également cette double approche.

Contrairement à notre étude, l'étude qualitative précédait l'étude quantitative. La première permettait de cibler les thèmes principaux à explorer dans le questionnaire, et la deuxième de les quantifier.

Dans notre cas, l'enquête papier proposait un recueil de mots-clés caractérisant la précarité. L'analyse de ces représentations a permis d'établir un agenda ciblé pour les entretiens de l'étude qualitative. Les modérateurs ont pu s'en imprégner pour animer les entretiens, qui ont alors répondu aux objectifs.

Nous avons mis en évidence tous les thèmes décrits dans les autres études (ELGHOZI, thèse Marie TELLIER) (44) (46).

Concernant l'analyse des représentations : l'étude quantitative a permis de recueillir les représentations des médecins, allant de leur définition de la précarité à leur perception des patients précaires. On retrouve des termes descriptifs des précaires (« *pauvreté* », « *chômage* », etc.), des représentations spontanées (« *famille tuyau de poêle* », etc.) et des réponses plus conceptualisées avec notion d'accès aux soins, voire des considérations de nature utopiste (« *changer le monde* »).

L'étude qualitative a permis de préciser les liens entre ces représentations et les expériences particulières des médecins.

La plupart des thèmes se rapportant à la représentation de la précarité ont été les mêmes dans les deux études.

Les entretiens ont permis de mieux comprendre certaines représentations ininterprétables à l'aide du seul questionnaire. Par exemple, sous le mot-clé cité « *CMU* », l'étude quantitative ne permettait pas de savoir s'ils faisaient référence à un groupe de personnes ou à un type de couverture sociale. Les entretiens montrent bien que tous les médecins utilisent le terme « *CMU* » pour désigner les patients bénéficiaires de la CMU.

A travers l'analyse des entretiens, nous avons pu associer la nature des difficultés ressenties par les médecins dans la prise en charge de leurs patients précaires à leurs représentations de la précarité et à leur type de pratique. Certains questionnements suscités par des résultats de l'étude quantitative ont trouvé réponse dans l'analyse des entretiens (par exemple le moindre niveau de difficulté ressenti par les médecins en milieu rural).

Le couplage des études a enfin permis de minimiser les biais d'interprétation de chaque étude, et de renforcer les résultats et leur fiabilité, par une discussion permanente entre les deux thésardes. Par exemple, la précarité des personnes âgées isolées a été beaucoup développée au cours des entretiens. En revanche, ce public est à peine évoqué à travers les mots-clés. Ces résultats discordants permettent de comprendre que les personnes âgées sont

concernées par les mesures à mettre en place pour améliorer la prise en charge des patients en situation de précarité (coordination entre les médecins généralistes et les professionnels des structures relais). Pourtant, leur faible poids dans les représentations spontanées des médecins ne leur confère pas une place prioritaire dans la formation des médecins aux problématiques de la précarité, contrairement aux conclusions que nous aurions pu tirer de la seule étude qualitative.

3. LES RESULTATS

92,5% (368/398) des médecins ont déclaré s'être déjà sentis en difficulté dans la prise en charge de patients précaires. Les médecins généralistes sont donc bien des témoins de première ligne de la précarité rencontrée par les 13% de personnes qui vivent avec 60% du revenu médian, pour lesquels ils assurent une médecine de proximité.

La précarité la plus rencontrée en médecine générale est celle des patients pauvres ou en difficulté passagère, liée à la perte d'une sécurité fondamentale (emploi, famille, etc.). La grande précarité (grands marginaux ou primo-arrivants sans droits) ne semble être qu'exceptionnellement rencontrée par la plupart des généralistes, dans notre département.

La plupart des médecins déclarant ne pas être en difficulté se disent non confrontés à la précarité.

Certains médecins nous ont rapporté au cours des focus groups qu'ils ne s'étaient pas sentis *a priori* concernés par la précarité en remplissant le questionnaire. C'est à l'occasion des entretiens qu'ils ont identifié plusieurs situations de précarité difficiles à prendre en charge.

Au terme de ces derniers, tous les médecins se disaient finalement confrontés à des situations de difficultés.

Certains des médecins qui se sont dit non concernés par le sujet en début de questionnaire, n'auraient-ils pas répondu différemment en approfondissant la question ?

A. LES INEGALITES D'ACCES A LA SANTE TOUCHENT UN PUBLIC PLUS VASTE QUE LES GRANDS PRECAIRES

Dans le questionnaire, la formulation de la question visant à recueillir les représentations des médecins n'a pas permis d'établir une répartition statistique des publics précaires rencontrés en médecine générale.

Nous avons compris à travers les entretiens que la précarité des publics identifiés par les médecins généralistes, était rattachée à leur moins bon état de Santé, en lien avec un moins bon accès aux soins et à la prévention.

Parmi les publics ciblés par les PRAPS, les migrants constituent le « groupe » cité de façon la plus récurrente à la fois dans les questionnaires et au travers des entretiens.

Ils représentent pour les médecins plus d'un tiers des patients précaires reçus en consultation. Les migrants primo-arrivants sans droits ne sont pas les migrants rencontrés en médecine de ville, comme nous le développerons dans un chapitre ultérieur.

Les personnes âgées, public ciblé par les PRAPS, sont identifiées par les médecins, mais plutôt en lien avec leur isolement et leur manque de mobilité qu'avec leur situation économique.

Les femmes sont perçues plus vulnérables, par leur isolement plus fréquent, lorsqu'elles ont à assumer seule la charge familiale.

Certaines femmes migrantes sont vulnérables dans leur accès à la santé en raison de la barrière de la langue et surtout de la barrière culturelle liée à leur religion.

Les gens du voyage se distinguent par leur mode de vie qui rend difficile le suivi médical, dans notre organisation du système de soins.

Les jeunes n'ont été qu'exceptionnellement identifiés comme public cible par les médecins. Ils sont implicitement inclus par les médecins qui ont identifié les situations qui placent les jeunes dans cette position de vulnérabilité. La pauvreté et la précarité professionnelle ont été largement désignées, et nous savons que la tranche d'âge des jeunes (18-29 ans) est la plus touchée par ces situations (9).

Les anciens détenus récemment sortis de prison ne sont pas rencontrés en médecine générale. C'est le seul public ciblé par les PRAPS qui n'a pas été identifié par les médecins généralistes.

Si elle est associée à la précarité, dans les représentations des médecins, la grande précarité n'est qu'exceptionnellement rencontrée en cabinet de médecine générale.

Les médecins désignent d'autres « catégories » de patients dans les prises en charge desquels ils rencontrent des difficultés particulières.

Les patients bénéficiaires de la CMU sont cités dans la même proportion que les migrants, dans les questionnaires.

Certains médecins distinguent deux profils de patients bénéficiaires de la CMU : les personnes à faible niveau culturel ancrés dans la précarité et les personnes en situation de précarité transitoire.

L'ensemble de ces patients sont touchés par les inégalités d'accès aux soins, que nous développerons ultérieurement. En revanche, seul le profil de patients apparaissant ancré dans la précarité est concerné par les difficultés de prise en charge rattachées à des comportements spécifiques.

Le problème du « repérage » se pose surtout pour les patients en précarité « transitoire ».

Les patients souffrant d'addiction sont identifiés comme une catégorie de patients précaires.

Les médecins rencontrent plus ces problèmes parmi leurs patients précaires.

Les addictions apparaissent comme un facteur aggravant de l'ensemble des autres difficultés rencontrées avec les patients précaires.

B. PLUS DE DIFFICULTES EN MILIEU URBAIN : INTERET DU TRAVAIL EN RESEAU PLURIDISCIPLINAIRE

L'étude nous a permis d'identifier des formes de précarité propres au lieu d'exercice.

Les questionnaires montrent que les médecins de zone urbaine se disent plus en difficulté que leurs confrères installés en milieu rural. Cette tendance est également retrouvée dans les focus groups. Seuls les médecins experts de la précarité, pourtant tous installés en ZUS ne sont pas concernés par cette tendance.

Les entretiens ont suggéré deux pistes d'explications de cette distinction entre l'exercice urbain et l'exercice rural : d'une part les particularités des publics précaires rencontrés ; d'autre part les relations aux structures relais.

Les médecins estiment voir moins de précaires en milieu rural. Ils rapportent surtout le problème des personnes âgées, de l'isolement, du faible niveau culturel et intellectuel.

Concernant la gestion des situations sociales difficiles, le milieu rural semble favoriser les relations spontanées avec l'environnement médico-social. Pourtant, les questionnaires n'ont pas montré de différence significative dans la connaissance et la fréquence de contact avec les structures relais. Ce décalage peut s'expliquer par le fait que les échanges spontanés ne sont pas perçus comme une démarche spécifique pour les médecins ruraux.

En campagne, les relais médico-sociaux se limitent souvent au CCAS, et aux services d'aides à domicile qui apportent des réponses adaptées et immédiates à des besoins bien identifiés.

De plus, les médecins installés en milieu rural connaissent mieux le cadre de vie de leurs patients et ciblent plus facilement les difficultés et les besoins de ces derniers.

Cette bonne connaissance de l'environnement des patients peut être favorisée par des visites au domicile plus nombreuses, dans les zones rurales non couvertes par les services comme SOS médecins. SOS médecins assure une permanence des soins 24h/24 en milieu urbain et péri-urbain, et leurs actes effectués aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux sont en augmentation et représentent 40 à 45% de leur activité (49).

Pour les personnes âgées, les handicapés et certaines populations en situation précaire, la visite à domicile offre une réponse possible pour maintenir un minimum de suivi.

Ainsi, les réponses envisagées par les médecins exerçant en milieu rural font plus souvent appel à des ressources de l'environnement des patients, et l'on sait que la prise en compte de l'environnement participe à des prises en charge plus adaptées (37).

Les représentations négatives des patients précaires et en particulier de leurs comportements semblent plus concerner le public urbain.

En ville, la multiplicité des interlocuteurs avec leurs spécificités peut paraître complexe aux médecins qui en ont peu l'usage. Ces derniers se sentent alors dépassés, lorsqu'ils doivent contacter un intervenant relai, au milieu d'une consultation dense. Ils souhaiteraient un interlocuteur unique ou un annuaire des structures adapté à leurs besoins.

Les grands précaires nécessitent une prise en charge spécialisée

Les médecins constatent que leur cadre de consultation n'est pas adapté aux grands précaires, qui ne consultent en général qu'en situation d'urgence.

Lorsque l'urgence est médicale, les médecins orientent sans difficulté les patients vers un service d'urgence. C'est face aux situations d'urgence sociale que les médecins se disent en difficulté.

La majorité d'entre eux ne connaissent pas les structures compétentes pour gérer ces situations. Moins d'un médecin sur dix a cité une structure relai adaptée à ce public dans l'étude quantitative.

C. LES DIFFICULTES FINANCIERES ET DE TRANSPORT : OBSTACLES MAJEURS ET CROISSANTS A L'ACCES A LA SANTE PERÇUS PAR LES MEDECINS

La principale difficulté perçue par deux tiers des médecins concerne l'avance de frais pour les médicaments et les examens complémentaires. Les entretiens confirment que les difficultés d'accès aux soins sont liées aux franchises médicales, aux médicaments déremboursés, aux dépassements d'honoraires des consultations spécialisées et aux transports. C'est cet obstacle financier que les médecins incriminent pour expliquer les retards de prise en charge responsables d'une aggravation de l'état de santé des patients.

Les médecins expérimentés dénoncent le manque de moyens des services sociaux, et les inégalités d'accès aux soins (transports, franchises médicales, déremboursements patients au-dessus du seuil CMU, accès aux spécialistes et aux examens complémentaires, etc.). Selon eux, les mesures à mettre en place relèvent de décisions politiques en faveur de la lutte contre les inégalités de santé.

Le chômage était rapporté comme la difficulté économique en 1995 dans l'étude d'ELGHOZI (44). Depuis, la précarité financière n'est plus seulement associée au chômage. Les entretiens nous ont permis de comprendre qu'elle s'étend à une nouvelle population identifiée par les médecins, à savoir les « travailleurs pauvres ». La tranche de revenus de ces patients les situe juste au-dessus du seuil d'obtention de la CMU et les expose à des difficultés financières d'accès aux soins, la plupart d'entre eux ne pouvant accéder à une complémentaire santé.

La mesure d'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), ne semble pas

suffisamment connue des généralistes puisqu'aucun ne l'a évoquée dans les questionnaires, ni dans les entretiens. Ils désignent les patients dont les revenus se situent juste au-dessus du seuil de CMU, comme étant les plus touchés par les difficultés d'accès aux soins.

La généralisation autorisée de la Dispense d'Avance de Frais (DAF) permet de minimiser les difficultés d'accès aux consultations du généraliste mais les médecins perçoivent un accès limité aux consultations spécialisées, aux examens complémentaires et aux médicaments non remboursés. Ils rapportent que la modalité de paiement par tiers payant de la part obligatoire concerne de plus en plus de patients. Nous constatons également dans notre pratique quotidienne que les patients en difficulté financière transitoire ne bénéficiant pas de la CMU sont souvent réticents à multiplier les consultations. La DAF permet alors de les faire adhérer à un bilan diagnostic ou à un suivi pour surveillance de pathologie aiguë ou de pathologie chronique non stabilisée, pour lesquels des consultations rapprochées sont nécessaires.

Ces constats des médecins viennent appuyer l'enquête de l'IRDES de 2008 auprès des patients selon laquelle 16,5% ont renoncé à des soins pour raisons financières (22). L'augmentation constante de ce chiffre depuis 2002 (22) confirme l'insuffisance de la mise en place de l'ACS.

Une extension de la DAF aux spécialistes améliorerait l'adhésion aux soins nécessaires et minimiserait les inégalités d'accès aux soins.

Le frein financier à l'accès à la santé est au premier plan dans l'augmentation des inégalités de santé.

Les difficultés de transport sont révélées par les médecins comme étant un obstacle majeur à l'accès aux soins secondaires (examens complémentaires et spécialistes). Si elles apparaissent évidentes en milieu rural, elles concernent également le public précaire en milieu urbain.

Au-delà du déplacement géographique, le transport participe également à l'accompagnement du patient dans sa démarche de soins. S'il est matériellement difficile d'aller au-devant des patients précaires, comme le préconisent les experts de la précarité, faciliter le transport peut être un moyen de limiter les inégalités d'accès aux soins.

Les derniers décrets de mars 2011 (50) (51) qui limitent la prise en charge des frais de transport risquent de contribuer à l'aggravation des inégalités de santé.

D. AUTRES FREINS A L'ACCES A LA SANTE : LES REPRESENTATIONS QUE LES PATIENTS ONT DE LA SANTE, D'EUX-MEMES, LA RELATION AU MONDE MEDICAL

Nous nous sommes posées la question du poids de la représentation de la santé dans ces inégalités de santé. Dans l'enquête menée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), publiée en avril 2011 (*Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires*), les professionnels expliquent que « **La santé n'est pas une priorité pour les personnes en situation de précarité qui doivent affronter d'autres difficultés au quotidien et faire face aux besoins vitaux essentiels tels que l'hébergement et les besoins alimentaires. La question de préserver son capital « santé » paraît secondaire et bien loin des réalités du quotidien** » (52).

Cette explication peut être mise en rapport avec le constat du retard de prise en charge responsable des pathologies évoluées évoquées par près de 15% des médecins, et qu'ils imputent surtout aux difficultés financières d'accès aux soins.

Quelques médecins dans les questionnaires évoquent la notion de la « place de la santé » comme une source de difficulté de prise en charge.

Dans les entretiens comme à travers les questionnaires, les médecins ont surtout établi le lien entre cette notion et les difficultés qu'ils rencontrent à aborder les questions de prévention avec leurs patients précaires, et particulièrement l'éducation hygiéno-diététique (62% des médecins).

Rappelons que les personnes précaires les plus rencontrées en cabinet de médecine générale ne sont pas les grands précaires plutôt ciblés dans l'enquête de l'ARS. Ce public est malgré tout évoqué par 12% des médecins à travers la notion de désocialisation.

Chez la plupart des patients en situation de précarité rencontrés en médecine générale, les besoins vitaux immédiats sont assurés contrairement aux situations vécues par les grands précaires, mais il persiste un manque de sécurité à moyen terme, qui laisse peu de place aux considérations de santé dans le quotidien.

La lourdeur des situations aboutit également à un « *manque de projection* » qui renforce les difficultés de prévention, et explique les difficultés de suivi.

Aux yeux des médecins répondants, seule une amélioration du niveau de vie des personnes en situation précaire pourrait libérer de la place pour la santé chez les personnes submergées par les soucis quotidiens.

Dans la représentation, que les patients ont de la santé, intervient la question de la légitimité à se soigner. Les médecins rapportent dans les deux études le manque d'hygiène de certains patients précaires, qu'ils imputent à de la négligence. Nous avons également retrouvé de nombreuses allusions à la « *mauvaise image de soi* » des patients (« *pudeur* », « *honte* », « *dévalorisation* », etc.). Nous n'avons pas analysé ces données dans ce sens mais les professionnels interrogés par l'ARS estiment que les patients ayant une mauvaise « *image de soi* » ne se reconnaissent pas le droit à la santé. Cette donnée vient appuyer l'intérêt de travailler sur les représentations négatives que les médecins peuvent avoir de leurs patients précaires.

Au-delà de la notion de priorité, les experts décrivent une perte de conscience du corps chez les grands précaires, chez qui la « *non demande* » est à son paroxysme.

Xavier Emmanuelli écrivait dans la préface du livre d'Alexandre VEXLIARD, *Le Clochard* : qu'« *une vie de clochard (...) est un éternel présent gis (...) où l'on n'a même plus de corps* » (53).

Il semble exister un gradient social de cette conscience du corps. Cette « *négligence* » perçue par les médecins, pour les soins comme pour l'apparence physique peut être rattachée à cette notion. Cependant, l'étude de l'URCAM publiée en 2001 sur les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein montre que les patientes précaires suivies pour le dépistage accordent autant d'importance à l'apparence physique que les patientes non précaires suivies (54). Par contre, les patientes non suivies, précaires ou non, y accordent moins d'importance que les patientes suivies non précaires. Cette étude montre également que les patientes non suivies par le dépistage et les consultations spécialisées de prévention (hémocult, consultations dentaires et gynécologiques) consultent plus leur médecin généraliste.

Dans notre pratique quotidienne, nous retrouvons le comportement des patients tel qu'il a été analysé pour le cas particulier du dépistage du cancer du sein, dans les autres situations de dépistage et de prévention.

Les médecins généralistes qui perçoivent le manque d'attention à l'apparence physique et la pudeur des patients associée à la mauvaise image qu'ils ont d'eux-mêmes, devraient pouvoir jouer un rôle clé dans la perception que les patients ont de leur corps et de leur santé, afin de rendre possible la démarche de prévention.

Ce rôle consisterait d'une part en un accompagnement psychologique dans le sens de la prise de conscience de son corps et du besoin de soins, voire du droit au soin, d'autre part à aller au-devant de la demande de soins des patients.

De la même façon, selon l'enquête de l'ARS, les solutions à envisager pour réduire les inégalités de santé liées à la représentation de la santé se situent dans une sensibilisation du public à la « *notion de santé* ». Elle pourrait s'envisager à travers des groupes de travail et un accompagnement par les professionnels (52).

La majorité des médecins interrogés par notre étude qualitative rapportent cette nécessité d'un accompagnement particulier pour les personnes en situation de précarité.

Pour intégrer cette notion dans l'approche et la prise en charge des patients précaires, les médecins doivent y être préparés, comme le soulignent notamment les médecins remplaçants initiés à l'auto-évaluation de leur pratique professionnelle.

Un temps de consultation supplémentaire est nécessaire pour répondre aux besoins de prise en charge globale des patients précaires.

Si les médecins sont préparés à ce besoin, il sera intégré comme norme, au lieu d'être vécu comme une contrainte anormale.

Comme le suggèrent quelques médecins, la « *reconnaissance de cette démarche de soin* » pourrait être encouragée et facilitée par la valorisation du temps qu'elle requiert, au même titre que la consultation d'autres publics nécessitant des consultations plus longues (comme la Majoration Nourrisson).

Une étude récente de l'Observatoire Régional de Santé (ORS) au sujet du dépistage du cancer du sein auprès notamment des médecins généralistes confirme que les médecins sont majoritairement d'accord pour s'impliquer, sous certaines conditions en terme de formation, de disponibilité (donc de rémunération) pour ces actes préventifs, et de participation à l'organisation des programmes (54).

Mais comment valoriser ce temps sans être stigmatisant, et selon quels critères ? Nous pensons qu'une consultation cotée en fonction du statut du patient « C + CMU » ou « C + P (comme précaire) » serait délétère par rapport à l'image que les patients ont d'eux-mêmes, du système de soins et des médecins !

Il serait préférable de coter les actes nécessitant un temps particulièrement long comme la prévention ou le soutien psychologique. Cette valorisation pourrait encourager les médecins à mieux accompagner leurs patients précaires et à minimiser les cas de refus de soins.

Au-delà de la motivation des médecins, ces derniers doivent répondre à la demande croissante de soins.

Dans ces conditions, le temps reste un frein majeur à cet accompagnement.

Seule une restructuration de l'offre de soins pourrait le pallier, avec disparition du paiement à l'acte et réorganisation pluridisciplinaire de la prise en charge, comme le proposent certains médecins.

Pour l'éducation et le soutien psychologique, on pourrait imaginer une consultation en collaboration avec des psychologues et des professionnels paramédicaux formés à l'éducation thérapeutique, prise en charge par la sécurité sociale.

Une idée retrouvée dans l'enquête de l'ARS n'a pas été mentionnée par les généralistes : « *la représentation négative du système de santé et la peur du monde médical* » (52).

Nous pouvons nous demander si les médecins interrogés n'ont pas conscience de ces freins ou s'ils ne les associent pas spécifiquement au public précaire. Il nous semble que telles qu'elles sont décrites (de la peur du dépistage ou des effets secondaires des médicaments à la peur de l'inconnu), ces craintes dépendent plus de perceptions individuelles et ne sont pas imputables spécifiquement à la précarité. L'étude de l'URCAM vient plutôt confirmer notre ressenti. Elle montre qu'il n'existe pas de différence statistiquement significative de la crainte du dépistage ni de la confiance en les soignants entre les patientes précaires et les non précaires (54).

En revanche, nous avons déjà, dans notre expérience professionnelle, pu percevoir chez certains patients précaires, une appréhension à entrer en contact avec le monde médical. Celle-ci pourrait s'expliquer au regard des représentations que plus de la moitié des médecins expriment, et qui peuvent influencer négativement la relation médecin-patient.

E. L'EXPERIENCE FACILITE LA COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS PRECAIRES

L'approche quantitative montre qu'il n'existe pas de lien significatif entre le nombre de patients précaires vus en consultation et le niveau global de difficulté ressenti.

Cependant, l'approche qualitative met en évidence que les médecins ayant une grande expérience de la précarité ne ressentent pas les mêmes difficultés que leurs confrères moins confrontés.

Les médecins qui estiment avoir une grande expérience de la précarité représentaient 11 médecins sur les 28 interrogés (39%) dans les focus groups, l'enquête papier ne retrouve qu'un quart de médecins dans cette situation (plus de 8 patients précaires reçus en consultation par semaine). Cette différence peut être liée au mode de sélection via des groupes

de pairs retenus pour la constitution des focus groups.

Les principales difficultés identifiées par les médecins sont liées à leur manque de connaissance de la précarité : repérer les situations de précarité ; communiquer avec leurs patients et prendre en charge des situations médico-sociales.

Ils expriment un sentiment de malaise et parfois d'échec dans leur relation à leurs patients précaires.

Ces difficultés sont rattachées à diverses représentations négatives qui se sont précisées lors des entretiens.

Certains médecins expriment une lassitude face à des patients précaires, en particulier les « patients CMU » qui ne règlent pas leurs consultations, qui leur semblent abuser du système de soins (impression que « *tout leur est dû* », consultations répétées, demandes de visites à domicile « abusives », multitude des motifs de consultation).

Comme les médecins le perçoivent, les patients bénéficiaires de la CMUc consomment en moyenne 25% de soins en plus que la moyenne de la population générale, selon un rapport de CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) paru en 2004 (55). Cette surconsommation doit être corrélée au fait que c'est une population en moins bon état de santé. Ce moins bon état de santé se traduit par un plus grand recours aux soins hospitaliers, en moyen séjour et psychiatrie. Par contre, selon ce même rapport, les patients bénéficiaires de la CMUc ont moins recours aux spécialistes. Ils consultent donc d'avantage le médecin généraliste.

La difficulté ressentie par les médecins provient de ce décalage entre les causes de surconsommation qu'ils perçoivent (« profit » du système de soins) et les causes réelles (moins bon état de santé et moins de recours aux spécialistes). L'objectif de la mise en place de la CMUc était bien de permettre un accès aux soins approprié aux patients précaires, en moins bon état de santé général.

Paradoxalement, les médecins rapportent ce moins bon état de santé, mais n'étant pas sensibilisés aux problématiques de la précarité, ils n'établissent pas le lien qui existe avec la plus grande consommation de soins.

Les problèmes de présentation et particulièrement le manque d'hygiène sont parfois rattachés à de la négligence et entraînent des réticences dans l'examen clinique, ou une gêne en salle d'attente. Ce manque de soins peut être mis en lien avec la problématique de la relation au corps évoquée dans le chapitre précédent.

15% des médecins interrogés par les questionnaires se sentent mis en difficulté par des comportements négatifs des patients. Les attitudes agressives à proprement parler ne sont rapportées que par une minorité de médecins (7%), dans les deux études.

Ils décrivent plutôt des attitudes de détachement des patients qui sont vécues comme des agressions (« *attentisme* », « *déresponsabilisation* », impression que « *tout leur est dû* », « *manque de savoir vivre* »).

Le manque de conscience de la différence de la place de la santé, entre le médecin et les patients, peut être responsable d'une réception pénible de ces attitudes.

A ce sentiment de pénibilité s'ajoute celui d'impuissance voire d'échec dans les prises en charge des patients en situation de précarité. Leur environnement, responsable de la différence de place de la santé, rend en effet le suivi plus difficile.

Les médecins les plus expérimentés ont dépassé ces difficultés-là. Ils ont acquis par une démarche personnelle, une connaissance des dimensions socioculturelles de la précarité qui participe aux bonnes relations qu'ils décrivent avec leurs patients précaires.

De même, ils ont mis en place des collaborations satisfaisantes avec les autres acteurs de prise en charge et particulièrement les travailleurs sociaux. Tous valorisent l'intérêt d'un bon carnet d'adresses et d'un travail en réseau avec les structures relais. Ces dernières, interrogées dans l'enquête de l'ARS vont dans ce sens et retiennent le travail en réseau comme un point fort à développer.

Les médecins ressentent ce besoin d'une approche pluridisciplinaire pour améliorer les prises en charge de leurs patients en précarité. Ce ressenti renvoie à l'importance de l'approche globale de la personne pour prodiguer des soins de qualité.

Xavier Emmanuelli disait « *quand on sait accueillir un exclu, on sait accueillir tout patient* » (34).

Ainsi, le besoin de considérer nos patients dans leur globalité est particulièrement perçu lorsqu'il s'agit de personnes en précarité pour lesquelles certains besoins échappent à nos compétences. Si l'attention au contexte de chacun doit être présente pour tous les patients, elle nécessite souvent d'autant plus de temps et supposent d'autant plus l'intervention d'autres professionnels que les situations personnelles sont difficiles.

Pour les patients en précarité, les structures sociales sont les correspondants de première ligne, bien que l'intérêt d'établir des contacts avec leur environnement puisse exister pour tous nos patients.

Ces contacts permettent souvent de mieux comprendre le contexte global de soins des personnes et d'orienter plus justement nos choix pour des prises en charges adaptées, pour une

meilleure santé.

Dans la perspective d'une approche globale des personnes, la collaboration peut s'envisager dans les deux sens. Les médecins devraient pouvoir faire le diagnostic d'un besoin de prise en charge sociale, lorsqu'ils sont consultés en première intention. Les travailleurs sociaux pourraient identifier un manque de suivi médical lorsqu'ils rencontrent des personnes en situation précaires. Si ces patients ont un médecin traitant connu, on pourrait envisager qu'ils le contactent pour l'informer de leur précarité, identifiés par exemple à l'aide du score EPICES (14). Notons que la réalisation de ce score n'est pas adaptée à la consultation de médecine générale.

Le renforcement de l'accompagnement par un réseau de professionnels pourrait également être envisagé comme une mesure de lutte contre l'isolement, paramètre récurrent dans toutes les situations de la précarité.

Marie TELLIER retrouvait dans ses entretiens, des médecins souvent confrontés à la précarité qui semblaient vivre les mêmes difficultés relationnelles que des médecins moins confrontés (46). Elle rapporte que ceux-ci sont ceux qui regrettent leur choix d'installation. Ce constat vient renforcer l'idée que l'expérience doit être accompagnée d'une démarche de sensibilisation au public précaire. Cette démarche n'est pas spontanée pour tous et doit être facilitée en étant intégrée à la formation des médecins.

L'augmentation de la précarité fait que les médecins généralistes, principaux acteurs de soins primaires y seront de plus en plus confrontés. Par ailleurs, on assiste au développement de plus en plus préoccupant de déserts médicaux concernant notamment les zones urbaines sensibles. Les médecins choisissent leur lieu d'installation en fonction du public qu'ils souhaitent. La formation des médecins généralistes à la prise en charge d'un public précaire pourrait être une première mesure pour rassurer les médecins et tenter de limiter les départs des médecins de ces secteurs d'exercice.

Cette désertification concerne également le milieu rural mais plus pour des raisons de choix de vie des médecins que du type de patientèle.

F. LES MIGRANTS

Selon les médecins interrogés par le questionnaire, les patients issus de l'immigration représentent environ un tiers des patients précaires reçus en consultation. Nous avons compris grâce aux entretiens que les migrants précaires identifiés par les médecins ne sont pas forcément en situation de précarité au sens économique ou au sens du score EPICES (14). Les médecins associent aux précaires, les patients touchés par les inégalités de santé en raison de la barrière de la langue ou de la barrière culturelle, qu'il s'agisse de primo-arrivants ou de migrants de deuxième voire troisième génération.

La question de l'accès aux droits des primo-arrivants est très minoritaire en cabinet.

Pour ces patients, la difficulté est surtout de savoir où les orienter.

Dans notre étude, moins de 10% des médecins généralistes évoquent les PASS comme structures relais.

Seule l'UMS est citée de façon notable par 7,3% des médecins, ce qui correspond à la part des médecins rapportant la connaître lors des entretiens. Les autres PASS ne sont pas mentionnées en dehors de celle de Toul (1 fois dans les entretiens) et de Lunéville (1 fois dans les questionnaires). A noter que les médecins de Nancy et couronne représentent une forte proportion des répondants.

Ce manque de connaissance des PASS est retrouvé dans l'enquête d'Adeline AUBRY, selon laquelle 77% des médecins déclaraient ne pas connaître la PASS de leur secteur (13^{ème} arrondissement de Paris) et près de la moitié des médecins qui déclaraient la connaître n'en connaissaient pas le mode de fonctionnement (47).

Pourquoi les médecins généralistes n'ont-ils pas connaissance des dispositifs de soins tels que les PASS ? Les médecins de Meurthe-et-Moselle ont démarré leur exercice libéral il y a 20 ans en moyenne. Les PASS n'existent que depuis 11 ans au moment de l'enquête (16). La communication autour du dispositif et ses antennes locales ne semble pas avoir suffisamment touché les médecins libéraux.

Le manque de relation entre les médecins généralistes et les PASS s'explique ainsi en partie par la mauvaise connaissance de ces structures et de leurs missions.

La moitié des médecins interrogés par l'étude d'Adeline AUBRY étaient intéressés par la création d'un réseau médecine de ville-PASS (47). Les PASS sont, pour la plupart d'entre elles, rattachées à une structure hospitalière, et on peut se demander si cette difficulté de communication n'est pas le reflet du problème plus global des rapports difficiles entre les médecins libéraux et l'hôpital en général. Les médecins de ville, qui dénoncent dans notre étude et dans celle d'Adeline AUBRY l'isolement de l'exercice en cabinet souhaitent

améliorer leurs relations avec les structures relais médico-sociales et le travail en réseau multidisciplinaire qui doit inclure également les intervenants hospitaliers.

Ce besoin de lien ressenti par les médecins est partagé par les travailleurs sociaux Meurthe-et-Moselle.

Une réunion régionale s'est tenue à l'ARS en juin 2011. Elle réunissait d'une part, les établissements hospitaliers supports des PASS, d'autre part, des représentants de leurs partenaires dans le département, afin d'échanger sur les attentes réciproques en matière d'accès aux soins des populations les plus démunies, sur les modalités de travail d'ores et déjà établies entre les PASS et les acteurs locaux et sur les axes de progrès à développer au sein des différents territoires de santé.

Au cours de cette réunion, les participants ont tous mis l'accent sur le manque de relation avec les médecins de ville.

Pour les médecins généralistes, les difficultés principales rencontrées avec les patients migrants en pratique quotidienne sont en rapport avec la barrière culturelle et celle de la langue.

Cette difficulté identifiée par les médecins rejoint les constats du PRIPI 2005-2007, qui souligne l'« *importance croissante des demandes liées au problème de langue* » (19).

Si elle ressort souvent dans les questionnaires, la barrière de la langue n'est pas décrite comme une difficulté majeure par les médecins des entretiens. La présence fréquente d'un membre de l'entourage lors des consultations semble suffisante pour permettre de la mener à bien, dans la perspective de prendre en charge le motif de consultation. Elle reste cependant un frein aux soins de prévention. Certains médecins souhaiteraient toutefois disposer d'outils d'interprétariat ou d'interprètes neutres pour approfondir la prise en charge.

Outre la difficulté de compréhension verbale, source d'inégalité en soi, les difficultés de communications sont sources de difficultés de suivi, liées à une moins bonne compréhension de la démarche de soins.

Les médecins s'accordent à dire que la barrière culturelle est un frein à la bonne conduite des soins de prévention primaires et secondaires.

Malgré la place des migrants parmi les précaires et le constat prégnant du frein à la Santé que représente la barrière culturelle, peu de pistes sont envisagées autour de cette difficulté.

Les médecins semblent résignés face à cet obstacle qui paraît immuable.

Quelques médecins ont suggéré des formations sur la question des particularités culturelles.

Etant donné la forte représentation de ce public en médecine générale, il nous semble adapté

d'envisager une formation dédiée aux divers systèmes de soins et différentes perceptions culturelles de la santé.

4. PISTES DE TRAVAIL

Nous avons profité de l'étude pour recueillir les idées des médecins sur des outils pouvant améliorer leur pratique.

Ce questionnement n'était pas l'objet principal de l'étude. Il arrivait à la fin du questionnaire et des entretiens.

Les réponses obtenues ne doivent pas être envisagées comme un sondage exhaustif mais comme des pistes à explorer. Elles pourraient servir de base pour des groupes de travail ultérieurs.

A. PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE

L'étude quantitative montre que 26 % des médecins expriment spontanément la nécessité d'améliorer leurs liens avec les autres professionnels, et particulièrement les travailleurs sociaux. A la question spécifique sur la connaissance des ressources du territoire : 87,5% des médecins avaient déclaré connaître moyennement ou insuffisamment les dispositifs sociaux.

L'étude qualitative met en évidence que l'échange direct avec les dispositifs sociaux semble surtout nécessaire dans des situations aiguës d'urgence médico-sociale. Il existe une demande d'une part considérable de médecins de mieux connaître les structures ressources.

Dans les deux études, les médecins expliquent également leur manque de contact avec les services sociaux du fait de leur manque de disponibilité. Ils l'expliquent en partie par des horaires peu compatibles avec les horaires de consultation et un manque d'effectif.

1. Un annuaire des structures

L'outil qui apparaît comme un besoin manifeste est un annuaire des structures relais adapté à leur pratique et à leur secteur. Si 13% l'ont imaginé spontanément dans les questionnaires, tous les médecins des entretiens partagent ce besoin. Ils précisent l'intérêt d'une description des missions de chacune, leur permettant d'identifier facilement le correspondant adapté à la situation rencontrée.

Ils insistent sur l'importance d'une mise à jour régulière.

Nous pourrions imaginer dans un premier temps un annuaire sous la forme d'un tryptique diffusé à tous les médecins généralistes du département contenant les numéros des six ressources principales de proximité :

- PASS ;
- CCAS et CMS ;
- PMI ;
- CMP ;
- Mission Locale ;
- associations de solidarité de proximité (Médecins du Monde, Secours populaire, Amitiés Tziganes, etc.)

Pour des situations très spécifiques, et notamment celles nécessitant le recours à l'interprétariat, pourraient figurer quelques adresses de sites internet de référence.

Il existe un *Annuaire Sanitaire et Social*, édité chaque année par le laboratoire Sanofi Aventis. Il se présente sous forme de livret papier ou de site internet (www.sanitaire-social.com).

Ce répertoire n'est pas complet dans la présentation des structures relais. Nous n'y retrouvons ni les PASS, ni les PMI, ni les CMS. Seuls les CCAS y figurent de façon semblant exhaustive. Quatre CMP y sont répertoriés et quelques associations. De plus, sa classification est complexe.

Le *Nancy Social* (26), plus exhaustif, mais limité à Nancy et sa couronne, ne permet pas non plus de recherche rapide par type de structure.

Ces documents ne répondent pas aux besoins des médecins.

2. Travail en réseau pluridisciplinaire

Concernant les relations avec les structures sociales, plusieurs médecins soulèvent l'intérêt d'un « *interlocuteur unique* » sous forme d'une permanence téléphonique d'orientation.

Ce rôle de plateforme de référence pourrait être assuré par les PASS.

Les autres propositions viennent appuyer l'intérêt d'un travail en réseau.

Nous pouvons retenir la piste de l'organisation de rencontres pluridisciplinaires, notamment avec les travailleurs sociaux, pour des « *RDV concomitants* » autour de situations spécifiques ou dans le but de se connaître. D'une façon plus générale, un « *réseau Précarité* » permettrait des liens facilités entre les différents professionnels.

Les maisons de santé pluridisciplinaires favoriseraient cette mise en réseau.

Dans l'intérêt du suivi des patients, un renforcement des liens entre les médecins généralistes et l'hôpital est nécessaire.

La mise en place d'un dossier médical partagé constituerait une réponse intéressante pour tous les patients, et en particulier pour les publics comme les gens du voyage ou les SDF.

B. FORMATION DES MEDECINS

L'enquête papier confirme que les deux tiers des médecins sont intéressés par une formation à la précarité, qui devrait leur permettre de mieux appréhender cette prise en charge complexe.

Tous les médecins interrogés par les entretiens s'accordent sur la nécessité de cette formation spécialisée dans le cursus initial et lors de la formation médicale continue (groupes de pairs, EPU).

Selon les attentes des médecins, les thèmes à aborder concernent les structures sociales (45%), les droits des patients (29%) et les migrants (21%).

Outre la connaissance des structures, les médecins souhaiteraient aborder quelques points de prise en charge particuliers face à des patients précaires: repérer la précarité, la relation médecin-patient, les droits des patients et les aides existantes, la prévention et l'éducation hygiéno-diététique, la prise en charge des migrants.

Nous ajoutons l'intérêt d'une formation visant à sensibiliser les médecins à l'importance de la prise en compte de l'environnement et des particularités de chaque patient.

L'étude américaine JAMA a mis en évidence la plus-value d'une telle formation chez les étudiants en médecine, pour l'élaboration d'un projet de soins adapté (37).

Cette formation pourrait intégrer une présentation des différents systèmes de soins existant dans le monde, en approfondissant les cultures les plus représentées dans la population de patients d'origine étrangère. L'Université René Descartes Paris 5 propose un Diplôme d'Université sur le thème "*Santé, maladie, soins et cultures*", en collaboration avec le Centre Française MINKOWSKA et l'Hôpital Européen Georges Pompidou.

Le Centre Française MINKOWSKA, semble être un centre ressource à l'usage des professionnels de la santé mentale et des chercheurs. Il propose par exemple une *Journée Européenne* le 13 octobre 2011, sur le thème des médiations culturelles dans le cadre du soin, avec les aspects cliniques et éthiques.

Dans les quelques universités où il existe, cet enseignement est le plus souvent proposé sous forme de Diplôme Universitaire (DU), à l'exception de Toulouse où il apparaît au cours du deuxième cycle, et à Nancy au cours du troisième cycle.

Afin que l'ensemble des futurs médecins bénéficient de cette formation, une première sensibilisation pourrait être proposée en première année de médecine, dans le cadre du module de Sciences Humaines et Sociales.

Au cours du deuxième cycle, elle s'intégrerait bien dans la préparation au stage en cabinet de médecine générale, devenu obligatoire pour tous.

Enfin, une dernière approche plus pratique orientée sur les spécificités propres à chaque spécialité pourrait intervenir au cours du troisième cycle.

A Nancy, le contenu de l'enseignement du séminaire S 23 « *Patients Migrants et/ou en situation de Précarité* » du 15/06/2011 destiné aux internes de médecine générale était en adéquation avec les besoins des médecins en exercice.

Il serait intéressant d'évaluer la plus value de l'enseignement proposé depuis trois ans à l'aide d'une étude similaire à la nôtre, auprès des médecins qui en ont bénéficié.

Pour la formation continue, la PASS du CHU pourrait se positionner comme centre expert ressource de formation à l'égard des professionnels de santé, relayée en Meurthe-et-Moselle par les PASS des 16 territoires du département, pour la communication avec les « professionnels extérieurs », notamment les médecins généralistes.

C. NECESSITE D'UNE VOLONTE POLITIQUE

66% des médecins dénoncent des difficultés d'accès aux soins.

17 % des médecins ayant répondu à l'enquête font des propositions spontanées d'amélioration qui relèvent de choix en matière de politique de santé et de politique sociale.

Tous les médecins interrogés par les entretiens ont le sentiment que les mesures politiques de santé actuelles ne sont pas suffisantes pour favoriser l'accès à la santé des populations en situation précaire. Les programmes de lutte contre les inégalités de santé proposées par les PRAPS et relayés par les ARS dans les Programmes Régionaux de Santé, correspondent aux besoins identifiés par les médecins. Les mesures financières, telles que la mise en place de la CMU et les moyens mis en œuvre à ce jour par les ARS n'ont pas encore permis d'améliorer ces inégalités.

Les médecins estiment que des mesures visant à faciliter l'accès aux examens complémentaires, aux consultations spécialisées, et aux médicaments, sont nécessaires.

La prise en charge et le développement des transports est aussi avancé comme un axe d'amélioration majeur.

Au-delà des mesures financières *stricto sensu*, toutes les autres mesures visant à améliorer l'accès à la santé nécessitent des moyens (accompagnement des patients, prise en charge pluridisciplinaire, formation des médecins).

D. « RESTRUCTURATION » DE LA PRATIQUE DE LA MEDECINE GENERALE

Pour disposer du temps que les médecins de notre enquête estiment nécessaire à la prise en charge globale de chaque patient, il faut soit diminuer le nombre de patients reçus par jour, soit organiser autrement les soins avec un système de délégation des différentes fonctions du médecin.

Diminuer le nombre de patients quotidien n'est pas compatible avec la demande croissante de soins de la population.

Dans le dossier de l'INPES (2010) *Réduire les Inégalités de Santé* (56), Hector FALCOFF propose plusieurs moyens mis en avant par les études scientifiques allant dans le sens des conclusions de notre enquête, qui permettraient au médecin généraliste de « *jouer un rôle*

accru dans la réduction des inégalités de santé ». Il affirme qu'une consultation « *pas trop courte (...) interactive (...)* » d'un médecin généraliste qui travaille en réseau permettra « *un suivi et une prise en charge plus adaptée du patient* ».

Le modèle de structure pluridisciplinaire, mis en œuvre à travers les maisons de santé, semble répondre à la fois à la question des contraintes de temps et à la nécessité de prise en charge globale.

L'intégration d'un travailleur social en leur sein participerait à favoriser l'accès à la santé des patients précaires.

A l'occasion de la *Journée Régionale sur les Maisons de Santé en Lorraine*, le jeudi 12 mars 2009, Alan CHARISSOU, médecin généraliste Président de REAGJIR Lorraine, a présenté un modèle de soins primaires : *UTOPIA, vers un idéal de la médecine générale* (57). Ce modèle intègre plusieurs moyens développés dans le dossier de l'INPES (56).

Il s'agit d'une structure de soins pluridisciplinaire comprenant : des spécialistes de médecine générale, des « vacataires » soignants, des paramédicaux, des vacataires administratifs dont des assistantes sociales, du personnel non soignant, et des stagiaires. La consultation de médecine générale s'organise en binôme médecin/auxiliaire médical ou paramédical, avec transfert de tâches - concept du « *disease management* » (56) . Le dispositif propose une consultation programmée de jour et une unité de soins ambulatoires de garde de nuit permettant d'assurer la continuité des soins, dans le respect du suivi.

Un système d'alerte avec convocation des patients ou rappel automatique - « *reminder/recall* » (56)- permet aussi d'améliorer le suivi des pathologies chroniques et la prévention.

Le mode de rémunération se base sur un système de salariat ou mixte, avec disparition du paiement à l'acte exclusif, et adaptation du temps de consultation aux nécessités de chacune.

Il met l'accent sur l'importance de développer les transports vers la structure, pour des soins de meilleure qualité.

Bien qu'il réponde aux besoins principaux identifiés pour les patients précaires, le modèle d'UTOPIA n'est pas spécifiquement orienté vers ce public.

Dans le souci particulier d'un meilleur accès à la santé pour tous, la visite à domicile, considérée comme une perte de temps médical dans UTOPIA, nous apparaît pourtant d'une grande richesse. Elle permet de mieux comprendre l'environnement des patients. Dans cette organisation avec réunions pluridisciplinaires, elle pourrait être assurée de façon régulière par le médecin ou par un autre professionnel de la structure.

Dans la perspective de réduction des inégalités de santé, Hector FALCOFF suggère également d'enregistrer systématiquement la position sociale des patients dans les dossiers. Il confirme l'intérêt des mesures individuelles et collectives mises en évidence dans notre enquête.

CONCLUSION COMMUNE

Le contexte socio-économique actuel fait que la précarité touche un grand nombre de nos patients. Acteurs de soins primaires, les médecins généralistes sont des témoins de première ligne de cette précarité. Les patients précaires requièrent des outils de prise en charge spécifiques qui manquent aux médecins. Ces derniers rencontrent donc des difficultés particulières dans ces prises en charge.

Même si notre champ d'action est étroit parmi l'ensemble des déterminants influant sur l'état de santé des patients en situation de précarité, nous avons mis en évidence quelques pistes qui pourraient l'améliorer :

- Inciter les médecins à adapter leur prise en charge aux particularités individuelles de leurs patients précaires.

Ceci passe tout d'abord par la **formation des médecins généralistes à la précarité**.

Une meilleure connaissance de la précarité permettrait : d'une part, d'améliorer la relation médecin-patient en réduisant les sentiments négatifs des médecins liés à leurs représentations ; d'autre part, d'optimiser leurs prises en charge thérapeutiques en prenant mieux en compte l'environnement particulier des patients.

Cette formation pourrait être envisagée également auprès des médecins spécialistes dont l'accès semble particulièrement difficile pour les patients précaires. Ils sont en outre les plus concernés par des représentations négatives des patients précaires, comme le révèle le testing sur les refus de soins (38).

- Promouvoir des modèles de prise en charge pluridisciplinaire.

Dans l'attente d'une hypothétique restructuration de la médecine libérale avec généralisation des maisons de santé incluant des travailleurs sociaux, des outils pourraient être mis en place, afin de faciliter la coordination entre les médecins et ces partenaires.

Deux outils principaux répondraient aux besoins des médecins : la diffusion de la plaquette répertoriant les principales structures locales et leurs missions, et une plateforme sociale d'orientation téléphonique proposant une disponibilité adaptée aux horaires de consultation.

Ces outils pourraient s'inscrire dans le programme de « *Lutte contre les Exclusions* » du Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS) du Programme Régional de Santé (PRS) qui place l'« *établissement de relations formalisées avec les partenaires externes* »

parmi les exigences minimales de fonctionnement des PASS de la région Lorraine.

La formation permettrait également de valoriser la nécessité de cette prise en charge pluridisciplinaire.

Outre la coordination entre les différents partenaires, les maisons de santé avec des professionnels paramédicaux pourraient favoriser la réalisation d'une éducation renforcée, difficile à assurer dans un contexte de raréfaction de la médecine générale avec des consultations chargées, mais aussi une sensibilisation à la prévention et au dépistage.

Dans la perspective de réduction des inégalités de santé, ces mesures doivent s'inscrire dans une volonté plus globale de réduction des inégalités socio-économiques.

Les travaux qui se multiplient sur le sujet en sociologie comme en médecine témoignent du caractère préoccupant de l'aggravation des inégalités de santé.

Afin de compléter la sensibilisation rendue possible par la diffusion généralisée de l'enquête, nous souhaiterions pouvoir envoyer un résumé de ce travail à tous nos confrères interrogés.

Les résultats de cette étude valorisent l'intérêt de la formation à la précarité des internes de médecine générale à Nancy, mise en place depuis trois ans en étroite partenariat avec l'Espace Lionnois.

BIBLIOGRAPHIE

1. *La Définition Européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille. WONCA EUROPE. 2002.*
2. *Premiers résultats d'une enquête pilote sur l'interaction médecin-patient et son rôle dans la formation des inégalités sociales de santé (INTERMEDE). AFRITE A., DOURGNON P., PASCAL J., JUSOT F., LANG T., LOMBRAIL P., et ensemble du groupe Intermède. Marseille : s.n., 16-17 octobre 2008. Les inégalités de santé. Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008.*
3. *Charte d'Ottawa. OMS, [éd.]. 1986.*
4. *CIRCULAIRE DGS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 2007.*
5. *Observatoire des inégalités. Les seuils de pauvreté en Europe. <http://www.inegalites.fr>. [En ligne] 28 Janvier 2010.*
6. *Rapport de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2009-2010. . ONPES. Mars 2010.*
7. *BRIANT, P et DONZEAU, N. Etre sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation dans les années 2000. INSEE Première. janvier 2011, N° 1330.*
8. *MANSUY, M et LACROIX, S. Aide sociale à l'insertion et aux personnes âgées. INSEE Première. Avril 2011, N°1346 .*
9. *Taux de pauvreté selon l'âge et le sexe. INSEE. 2008.*
10. *MONTEIL, C et ROBERT-BOBEE, I. Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. INSEE Première. Juin 2005, N° 1025.*
11. *Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. BEH Numéro thématique. Janvier 2007, n°2-3.*
12. *Nathalie, GUIGNON. Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France. BEH. 8 mars 2011, 8-9.*
13. *Les inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Haut Conseil de la Santé Publique. Décembre 2009.*
14. *Le score EPICES: score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. BEH. 2006, 14, p. 93.*
15. *MARICAL, F et DE SAINT POL, T. La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités. INSEE Première. Juin 2007, N° 1142.*
16. *Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions . 1998.*
17. *CIRCULAIRE DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité. Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports. 1999.*
18. *Fiche de Synthèse sur les études sur les permanences d'accès aux soins de santé (PASS). DHOS/E1/DW/ Etudes PASS, IGAS, ANAES, GRES MEDIATION. . 02-2004.*
19. *Le Programme d'Insertion des Populations Immigrées en Lorraine (PRIPI). DRASS. 2005.*
20. *Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Loi HPST). http://www.assemblee-nationale.fr/13/dossiers/reforme_hopital.asp. [En ligne]*
21. *Des patients renoncent aux soins pour raisons financières. La Revue Prescrire. Août 2010, Vol. Tome 30, N°322, p. p584.*
22. *ALLONIER, C, DOURGNON, P et ROCHEREAU, T. Enquête sur la Santé et la*

Protection Sociale en 2008. IRDES. 2010.

23. **ANGOTTI, M, DAVID-ALBEROLA, E et OLM, C.** *Enquête - Dispositif de veille sociale en Lorraine. CREDOC / DRASS de Lorraine. Octobre 2007.*
24. **ROMESTAING, P et LE BRETON-LEROUVILLOIS, G.** *Atlas de la démographie médicale région Lorraine 1.01.2009. [éd.] CNOM.*
25. *Ecoscopie de la Meurthe-et-Moselle - Conditions de vie Santé. <http://www.insee.fr>. [En ligne] 2008.*
26. *Nancy Social. s.l. : CCAS de la ville de Nancy, 2006.*
27. *<http://www.ars.lorraine.sante.fr/Internet.lorraine.0.html>. ARS Lorraine. [En ligne]*
28. *Missions DRASS et DDASS. <http://basse-normandie.sante.gouv.fr/accueil/presgene/mission.htm>. [En ligne]*
29. *Les Missions du Conseil Général. <http://www.cg29.fr/Le-Conseil-general/Missions>. [En ligne]*
30. *CCAS de Nancy. <http://www.nancystan.com/ccas-nancy.html>. [En ligne]*
31. *Site du Conseil Général de Meurthe-et-Moselle. www.cg54.fr. [En ligne]*
32. *Médecins du Monde. <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Medecins-du-Monde>. [En ligne]*
33. **Chauvin, Jacques Lebas et Pierre.** *PRECARITE ET SANTE. s.l. : Flammarion, 1998. 10367.*
34. **DUCLoux, M.** *Rôle du médecin face à la précarité. Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins. 5 juin 1999.*
35. *Repères sur la santé des migrants. La Santé de l'Homme . Novembre-Décembre 2007, n°392, pp. p21-24.*
36. **ROLLAND, C, et al.** *Comment l'étude sociologique des interactions médecin-patient peut elle éclairer la question des inégalités sociales de santé ? (INTERMEDE). Congrès national des Observatoires régionaux de la santé 2008 - Les inégalités de santé. 2008.*
37. *An Educational Intervention for Contextualizing Patient Care and Medical Students' Abilities to Probe for Contextual Issues in Simulated Patients. SCHWARTZ, A, et al. No. 11, 15 September 2010, JAMA, Vol. Vol 304, pp. 1191-1197.*
38. **DESPRES, C, GUILLAUME, S et COURALET, P-E.** *Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire à Paris : une étude testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins et de dentistes parisiens. IRDES. 2009.*
39. **H., BOISSONNAT.** *Relation soignant/soigné : « le croisement des savoirs », s.l. : DRASS, Horizon Pluriel, 2005.*
40. *Testing sur les refus de soins des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale Etat dans 10 villes de France. Médecins du Monde. 2006.*
41. **BORGES DA SILVA, G.** *La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. avril-juin 2001, Vol. 32, N°2.*
42. **GEHIN, M.** *Réflexions éthiques sur l'information et le consentement éclairé pour la pose de gastrostomie percutanée endoscopique : utilisation des focus groups pour l'élaboration de documents d'aide à l'information et à la décision. Thèse de médecine, Faculté de Médecine de Nancy, Université Henri Poincaré Nancy 1. 2008.*
43. *S'approprier la méthode du focus group. . La Revue du Praticien Médecine Générale. 2004, Vol. Tome 18, N°645, pp. p382-384.*
44. **ELGHOZI, B, BAILLEUX, O et BRIXI, O et al.** *Le médecin généraliste et l'action sanitaire et sociale. DGS (Créteil-Solidarité, Département Formation Recherche). Paris : s.n., 1995.*
45. **LE ROUX, M, GUIRAUD, JC et BOTTON, D.** *Santé des gens du voyage : des associations se mobilisent. [éd.] INPES. La Santé de l'Homme. juillet-août 2007, 390, pp. 4-6.*
46. **M., TELLIER.** *Etude qualitative des difficultés de la prise en charge des patients en*

situation de précarité en médecine générale. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris Descartes, Université Paris Descartes Paris 5. 2010.

47. A., AUBRY. *Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Paris Descartes, Université Paris Descartes Paris 5. 2011.*

48. LEBAS J., CHAUVIN P. *Précarité et santé. . [éd.] coll. Médecine Sciences. Paris : Flammarion, 1998. p. 300 pages. ISBN : 2-257-10838-8 .*

49. L. Rouxel, S. Larrieu, F. Holmière, L. Filleul, B. Jouves. *Permanence de Soins : Existe-t-il des visites urgentes entre minuit et huit heures . Paris-Congrès Urgences : s.n., 2006.*

50. *Décret n° 2011-258 portant sur les modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée. 10 mars 2011.*

51. *Décret n° 2011-305 relatif à la régulation des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville. 21 mars 2011 .*

52. *Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires. ARS LORRAINE. Avril 2011.*

53. VEXLIARD, A. *Le clochard. s.l. : Ddb, 1998.*

54. *Les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage. URCAM . Rhône Alpes : s.n., 2001.*

55. *La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU complémentaire. Point de conjoncture n°29-30. octobre 2004, p. 34.*

56. POTVIN, L, et al. *Réduire les inégalités sociales en Santé. INPES. 2010.*

57. CHARISSOU, alan. *UTOPIA : vers un idéal de la médecine générale. Journée régionale sur les maisons de santé en Lorraine. s.l. : REAGJIR Lorraine, 12 juin 2009.*

58. *Les solitudes en France. Fondation de France. Juillet 2010.*

59. *Baromètre santé 2005. INPES. 2005.*

60. GUIGNON, N. *Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France. BEH. 2011. 8-9.*

61. *Identification des freins et des leviers au dépistage organisé des cancers auprès des populations en situation de précarité en région Centre. FRAPS. 2009.*

62. *Identification des freins et des leviers au dépistage organisé des cancers auprès des populations en situation de précarité. Région Centre : FRAPS, 2009.*

ANNEXES

ANNEXE 1

THEMES	SOUS THEMES	GROU PES	EXEMPL E	ANECDOTE
DEFINITIONS DE LA PRECARITE		1;2;3;4;5 ;6		
SITUATION ECONOMIQUE ET SOCIALE		1;2;3;4;5 ;6		
	Précarité financière	1;2;3;4;5 ;6		
	revenus insuffisants ou pauvreté	1;6		
	travailleurs pauvres juste au-dessus seuil CMU	1;2;3;4;5 ;6		
	CMU	1;5		
	Multifactorielle	1;3		G1L101;
	Désociabilisation	2		
	Difficultés familiales	2;3;4;5	G3L564	
	situation de rupture	3;4;5		G3L289;G5L485
	Précarité intellectuelle	4;5;6	G4L580	G4L678
	Milieus défavorisés	6		
	Milieus aisés	4		
	Isolement	2;3;4;5;6		G3L295
	Personnes âgées	2;3;4;5;6		G3L402
	Vieux migrants	3	G3L547	
	Par la barrière de la langue ds certaines communautés	3;4;6	G3L540	
	Problème de logement	2;4		
	Ghettoisation	3		
	Insalubrité	2;3;5;6		
	Sans papiers	1;2;5;6	G6L125	G5L540
	Problème de logement (hôtel)	1		
	Peur d'être dénoncés si situation irrégulière	1		
	Précarité professionnelle	2;3;4	G3L412	
CATEGORIE DE PATIENTS		1;2;3;4;5 ;6		
	Migrants	1;2;3;4;5 ;6		
	Gens du Voyage	2;4		
	Personnes âgées	2;3;4;5;6		
	Pas de mutuelle	2;5		
	Patients dépendants/examen difficile	2		
	Mise sous tutelle	6	G6L521	
	Femmes maghrébines ou turques isolées/langue&culture	2;4;6		
	Mères isolées	2;3;5		
	Alcoololo-tabagiques	4;6		
	Toxicomanes	2		
	CMU	1		
	SDF	2		

ACCES AUX SOINS		1;2;3;4;5;6		
	Patients au dessus du seuil CMU	1;2;3;4;5;6		
	Patients sans couverture sociale	1;2;5;6		
	Obligation de soins (hôpital et praticiens libéraux)	1		
	Tiers payant	1;4;5;6		
	Accès aux spécialistes (notamment les secteurs 2)	1;2;3;4;5	G3L214;G4L867	
	CMU refusés par les spécialistes	1;2		
	Carnet d'adresse	1		
	Accès dentistes	1		
	Accès examens complémentaires	1;4;5		
	Franchises médicales (génèrent nouvelle précarité)	1;2;4	G2L242;G4L820	
	Médicaments déremboursés	2;4		
	Lourdeur des démarches administratives	3;6		
	Manque de moyens en institution ou hôpital	2		
	Démographie médicale	4		
	Problème de transport	1;5		
	Qd pas de voiture en ville	1		
	Personnes âgées en milieu rural	5	G5L426	
PROBLEMES LIES A UNE PATHOLOGIE		1;2;3;4;5		
	Pathologies lourdes et PEC tardives	1;2;4	G4L135	
	Tuberculose	2;4		
	Pour les migrants : sd post traumatique	2;3		
	Pathologies psychiatriques	2;3;5;6		
	Addictions	2;4;6		
	Maltraitance	2;6		
	Insalubrité et saturnisme	4		
DIFFICULTES RESSENTIES		1;2;3;4;5;6		
REPERER LA PRECARITE		2;3;4;5		
DIFFICULTES DE COMMUNICATION		1;2;3;4;5;6		
	Relation Médecin Patient	1;2;3;4;5;6		
	Non demande	1		
	Gêne/pudeur	2		
	Patients riches qui vivent pauvrement/insalubrité/tbles psy	2;3;5;6		G2L191;G3L229;G5L366;G6L470
	Sentiment de stigmatisation par soignants ou "nantis"	3	G3L468	
	Barrière de la langue	2;4;6		
	Barrière culturelle	1;2;4;6	G4L98	G1L614;

DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE		1;2;3;4;5;6		
	Accès aux ex complémentaires/spécialistes	1;2;3;4;5	G3L214;G4L867	
	qd pas de mutuelle	3;4		
	qd CMU	1;2		
	Personnes âgées à domicile ou institution	2;3;4;5;6	G2L530	
	Consultations tardives	1;2;4		
	Franchises médicales (gènèrent nouvelle précarité)	2;4	G2L242;G4L820	
	Difficulté de suivi	2;4		
	Problème de transmission ville-hôpital	2		
	Gens du Voyage	2; 4	G4L187	
COMPORTEMENT DU PATIENT		1;3;5		
	Négligence et manque de volonté	1		
	Abus de la générosité du médecin et des actes gratuits	1;5		G1L584;
	Multitude des appels	1;2;3;5	G3L156	
	Comportement social inadapté	5	G5L328	
HYGIENE		2;3;4;5;6		
	Insalubrité logement	2;3;5;6		
	Problème des salles d'attente	3;6	G6L595	
	Examen difficile lors des visites à domicile	3	G3L141	
	Secondaire à une incapacité physique	4		
TEMPS A CONSACRER		1;2;3;4;5;6		
	Nécessité d'accompagnement	1;4;6		
	Chronophage	1;2;3		
	Nombre de pb à résoudre	1		
	Manque de temps (en institution)	2		
	Patients alcooliques	4;6	G6L657	
PROBLEME DES ACTES GRATUITS		1;2;4;5;6		
	Qd pas de couverture sociale	5;6		
	Actes gratuits ou réduction d'honoraires lors des visites	1;2;4		
	Dignité du patient ds un système où on paye normalement	1;5		
	Abus par certains patients	1;5		G5L713
	Pas le généraliste qui coûte cher	1		
ROLE DU MEDECIN GENERALISTE		2;5;6		
	Dans démarches sociales, pas notre rôle	2;5;6	G5L603	

	limites sont où chacun se les pose	2		
	Signalement (maltraitance)	6	G6L447	
	Education	5		
INSATISFACTION DU MEDECIN		1;2;3;6		
	Manque de formation	1;2;3;6		
	Difficultés administratives	6		
	PEC patient alcoolique	6		
	Isolement	1;6		
	Par une prise en charge non satisfaisante	1;2		
	Sentiment d'impuissance	2		
PREVENTION		3;5	G3L1129	
	Difficile car manque de projection	3		
	Manque de temps	5		
PROBLEME POLITIQUE		1;2;3;4		
	Manque de volonté politique	1;3;4		
	Franchises médicales (gènèrent nouvelle précarité)	1;2;4	G2L242;G4 L820	
	Désorganisation des soins depuis abolition médecin référent	1		
LES STRUCTURES RELAIS SOCIALES		1;2;3;4;5 ;6		
	Assistante sociale	1;2;3;4;5 ;6		
	Difficultés de communication, pas dispo	2;3;5;6	G3L901	G6L917
	Problème de présentation	6	G6L513	
	CCAS	1;3; 4		
	Services d'aide à domicile/ADAPA-SSIAD	4;5;6		
	CG	2;5		
	ASE	2;6		
MEDICALES		1;2;3;4;5 ;6		
	Hôpital/les Urgences	2;3;4;6		
	Hôpital local	5		
	Infirmières libérales	1;4		
	Spécialistes faisant actes gratuits ou au moins secteur 1	1;3		
	Médecins scolaires	1		
MEDICO-SOCIALES		1;2;4;6		
	PMI	1;2;4	G2L788	
	UMS	1		
	PASS de Toul	6		
	CMS	2		
	SAMU social	2		
	UFATT	6		

	PAIS personnes âgées	6		
ADMINISTRATIO N		2,6		
	Municipalité	6		
	Traducteurs mairie	2		
ASSOCIATIONS		1;5		
	Médecins du Monde	1		
	Secours catholique	5		
DIFFICULTES		2,6		
	Manque de connaissance des recours/structures	2;6		
	Manque de structures spécialisées	6		
BESOINS/PROPOS ITIONS D'AMELIORATIO N		1;2;3;4;5 ;6		
	Pour les médecins			
	<i>Coordination des intervenants</i>	1;2;3;4		
	Rencontres MG/intervenants sociaux	1;3		
	Maisons de santé	1		
	Développer une sorte de réseau Précarité (ex réseau diabète, ICALOR)	1;2;3		
	Intérêt travail en concertation, groupes de pairs	4		
	Dossier médical partagé	4		
	<i>Formation/Information</i>	2;3;6		
	Annuaire locaux, mis à jour régulièrement	2;3;6		
	Guide des ressources pour patients précaires	2		
	Relation médecin-patient	3		
	Structures/arbres décisionnels	6		
	<i>Interlocuteur unique</i>	2;5;6		
	Guichet social unique	2		
	Mise en place d'un interlocuteur unique PA sur le Toulousain	6		
	Travailleur social spécialisé	5		
	Service social d'urgence	5		
	<i>Autres</i>			
	Favoriser action de prévention et d'éducation des MG	5		
	Pour les patients			
	<i>Faciliter l'accès aux transports</i>	1		
	<i>Faciliter les démarches administratives</i>	6		
	<i>Augmenter le nombre d'AS</i>	4;5		
	<i>Lutter contre l'isolement</i>	4		
INTERET TRAVAIL EN RESEAU MULTIDISCIPLIN AIRE		1;2;3;4;5 ;6	G1L1184,G6 L208	

ANNEXE 2

RETRANSCRIPTION DES 6 ENTRETIENS

Retranscription FG 1 Vandoeuvre le 27 05 2009

Animateur: Nicolas Flye Sainte Marie

Co-animatrice: Isabelle Querrioux

Observateur: Cécile Flye Sainte Marie

5

Participants: 5 médecins : 2 hommes et 3 femmes

Médecin n°1 : M1 homme, médecin n°2 : M2 homme,

médecin n°3 : M3 femme, médecin n°4 : M4 femme

médecin n°5 : M5 femme

10

(00'10")

15

Nico : donc moi je suis Nicolas Flye, je ne suis pas docteur du tout, je suis économiste, je travaille dans le développement économique, donc j'ai juste l tâche d'animer la réunion, pour les fins des thèses de Cécile et Isabelle donc. Isabelle, me rappellera à l'ordre si je m'éagre un peu..

20

Isa : oui alors moi je suis la co-animatrice, référente, s'il y a des choses à repréciser pour Nicolas, et aussi pour gérer un petit peu le timing de l'entretien, puisqu'on a un certain nombre de points qu'on aimerait voir abordés

25

Nico : Cécile se charge de la technique et voilà

Cécile : et je suis là en simple observatrice en fait, j'interviendrai pas du tout ce soir

30

Nico : donc le but de la réunion, c'est d'aborder en gros, je vous donne un peu les grands points de la discussion de ce soir, sachant que le souhait de Cécile et Isabelle, c'était que moi je ne sois pas trop directif, que ce soit vous qui échangez sur ces thèmes-là, en vue de faire, je crois qu'elles ont 6 réunions de prévues, 6 groupes de médecins. Donc échanger sur la représentation que vous avez de la précarité, qu'est-ce que la précarité pour vous et la représentation que vous en avez, les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de vos patients précaires, leurs causes, les réactions que vous avez, la manière aussi dont vous vivez la relation avec ce type de patients-là ; les visions et expériences des relations avec d'autres acteurs en charge de ces patients précaires, et pour finir la réunion sur des propositions, des alternatives, des idées que vous avez pour améliorer et travailler les difficultés que vous avez pu évoquer au cours de la soirée. Voilà un petit peu le cadre de la réunion, je regarde mes notes pour voir si je n'ai rien oublié. Juste peut-être rappeler que le thème général, c'est la difficulté de prise en charge des malades précaires, l'objectif principal, c'est d'avoir vos ressentis et expériences, que ce travail se situe après un questionnaire qui a été envoyé à tous les médecins de Meurthe-et-Moselle, donc il y a eu 800 questionnaires envoyés, il y en a à peu près 400 qui sont rentrés, donc elles ont souhaité aller au-delà de ces réponses à travers des entretiens plus qualitatifs et donc collectifs pour approfondir un petit peu leur étude.

35

Voilà sur le cadre, je ne sais pas si vous avez des questions, on peut peut-être faire un petit tour de table rapide

40

Cécile : simplement au niveau de la technique, la retranscription c'est assez délicat, donc si on peut éviter les bruits parasites type stylos, chaises auxquels on ne pense pas forcément quand on commence..

45

Isa : essayer de parler les uns après les autres si possible, faire attention à ce genre de choses

50

Cécile : et donc on part sur 1h30 d'entretien

55

Nico : maximum d'entretien

60

Isa : jusqu'aux impératifs de chacun..

65

Nico : donc voilà, moi Nicolas Flye, animateur de la réunion, et pas du tout médecin, je vous laisse vous présenter

70

M2 : Dr W., généraliste, Médeville

75

M1 : LT, généraliste à Jarville

80

M5 : VC, généraliste à Nancy

M4 : OK généraliste à Jarville, dans un quartier populaire, par choix, et en association avec T depuis bientôt 2 ans

85

M3 : EC, je suis installée à Dombasle, dans un quartier pas très populaire mais.. c'est pas le même type de patients.

Isa : Isabelle Querrioux, donc une des deux thésardes, voilà

90

Cécile : et Cécile Flye, la deuxième thésarde

Nico : donc est-ce qu'on peut commencer par discuter peut-être de vos visions personnelles, de votre représentation de la précarité et du suivi des malades précaires.. qu'est-ce que pour vous la précarité chez vos patients ?

95

M1 : je propose que ce soit ceux qui sont moins versés qui commencent en premier

100

Nico : M1 ?

M1 : non parce que moi si je commence, je vais prendre toute la place

105

Isa : il en voit beaucoup

Nico : d'accord (*aux femmes*) qu'est-ce que ça évoque pour vous la précarité chez vos patients ?

110

M5 : est-ce qu'il faut différencier précarité et pauvreté ?

Isa : si ça vous évoque la pauvreté, non ..

115

M5 : je dis ça parce que ma fille m'a demandé ce que j'allais faire ce soir, quel était le thème ? elle m'a dit "ah bon, c'est quoi la précarité ?" je lui que c'était... c'est plus un état, enfin disons seulement un contexte économique, c'est plus économique, enfin voilà, moi c'est ce que j'en pense

120

Nico : donc pour vous pauvreté, le précaire c'est quelqu'un de pauvre

M5 : non, on peut être pauvre, sans être dans la précarité

125

Nico : est-ce que dans vos patients, est-ce que vous assimilez certains patients avec la précarité ?

130

M5 : ben j'avais amené un cas, parce que je croyais qu'il fallait amener un cas.. et effectivement c'est un état de précarité sur beaucoup de plans économique, médical, personnel, intellectuel, puisque c'était une personne, qui est décédée, sourde, muette et puis analphabète ; communication difficile, au chômage, donc financement difficile, voilà.

135

Nico : vous autres ? qu'est-ce que ça évoque chez vous si on vous dit "la précarité dans votre patientèle ?"

140

M4 : je n'ai pas regardé exprès l'étymologie du mot parce que quand on a une définition c'est toujours plus facile, effectivement c'est plus un état, pour moi c'est le non accès à des revenus décents, c'est le non accès aux soins souvent, le non accès à la culture, le non accès à un certain nombre de choses qui normalement dans une société comme la nôtre devraient être accessibles à tout le monde. Voilà, c'est général ce que je dis là, je ne pense pas forcément à des patients, je peux aller un peu plus loin avec des choses concrètes mais.. on peut peut-être déjà faire un tour comme ça, je ne sais pas ce que vous en pensez ?

145

Nico : oui oui au début si on pouvait partir sur une représentation plus globale..

150

M5 : ça c'est une définition, selon les droits de l'homme

185

effectivement, de la précarité.

155 **M4** : voilà, je pense que c'est ça, je n'ai pas révisé la question, mais je dois avoir des restes récents

Nico : et dans votre pratique professionnelle, comment vous le définiriez ?

160 **M4** : ben je ne le définis pas dans ma pratique, mais il y a des conséquences dans ma pratique, voilà, ce sont plutôt des conséquences. Souvent les gens précaires, les gens qui ont des difficultés d'accès aux soins portent un certain nombre de valises, depuis longtemps, donc ils ont souvent des problèmes d'alimentation, de sous alimentation ou d'alimentation complètement anarchique mais ce ne sont pas les seuls, mais c'est souvent le cas. Ils n'ont pas accès à un certain nombre de structures de santé, auxquelles d'autres peuvent avoir accès. Je ne pense pas à l'accès direct au médecin, mais je pense à d'autres choses, par méconnaissance, ou quelque fois pas ghettoïsation aussi, voilà je..

175 **Nico** : oui donc c'est un non accès à plein de choses dans différents domaines, dont le vôtre aussi.

M4 : oui

180 **M3** : moi je voulais dire, je pense que la précarité, elle nous touche surtout professionnellement par le non accès ou le mauvais accès aux soins de nos patients..

Isa : alors quels soins ?

185 **M3** : tous, aller faire une radio, dans notre pratique libérale en tous cas oui, après ils ont accès à l'hôpital ou ailleurs, oui.. déjà quand ils viennent nous voir, de leur demander des dépenses qui n'étaient pas forcément prévues.. les gérer, et dès qu'on parle d'examen complémentaires.. : "c'est pas possible" "faudra faire sans " et puis il y a un certain nombre de médicaments aussi qui nous posent les mêmes problèmes

190 **Isa** : en fait sur ce premier thème on essayait d'abord de centrer sur "ils", qui sont-ils ? avant de voir vraiment les difficultés posées dans la prise en charge..

195 **M3** : je n'ai pas de..

200 **Isa** : il n'y a pas de ?

M3 : je n'ai pas de cas précis, moi ce qui m'interpelle c'est

Isa : c'est quand vous voyez des conséquences comme ça que vous associez...

205 **M3** : je suis d'accord avec M4 quand elle en parle, sinon je n'ai pas, je ne me pose pas la question "est-ce que c'est un précaire ? est-ce que c'en n'est pas un..?" c'est

210 **Isa** : quand il y a des difficultés ..

M3 : moi ce qui me pose problème, c'est l'accès aux choses dont j'ai besoin moi pour travailler, et que je ne peux pas leur proposer.

215 **M4** : l'accès aux soins, il touche beaucoup plus de.. il ne touche pas uniquement les patients précaires, on est dans une désorganisation complète des soins, avec un non accès pour plus de la moitié des gens, non accès dans les temps pour les examens complémentaires, puisqu'il y a une déviance des spécialistes vers une activité qui n'est pas celle qu'on attend d'eux, dans une société où il y a trop de spécialistes par rapport aux médecins généralistes, c'est quand même très curieux, qu'on en soit là à cette heure-ci. Les difficultés énormes que rencontre l'hôpital aussi à l'heure actuelle, ça ferme plus des portes que ça n'en ouvre, mais ça dépasse complètement la précarité..

Isa : voilà oui effectivement..

230 **M4** : mais tant pis je l'ai dit

Isa : vous l'avez dit, tout à fait

235 **M4** : parce que là, politiquement, ça ne tient plus quoi.. ça ne va plus du tout, j'estime que ça ne va plus du tout. Par contre, quand on a des gens pauvres, qui ont une couverture.. universelle, CMU, couverture médicale universelle, on est à peu près calé, on peut faire des choses, sauf les yeux, les dents..

240 **M2** : les dents, ça c'est pris en charge par la CMU

M5 : pour les prothèses ?

245 **M2** : j'ai des patients dentistes qui me disent qu'ils posent les prothèses les plus chères aux CMU

M5 : ah oui ?

250 **M2** : parce qu'ils sont remboursés dans certains cas à 100% contrairement aux autres

M4 : ah oui ? et c'est..

255 **M2** : il y a plusieurs dentistes qui m'ont fait la remarque en me disant qu'ils posent les prothèses les plus chères de leur carrière et certains qui sont près de la retraite, aux CMU justement parce que la couverture sociale permet de le faire.

M4 : ça me paraît très curieux

260 **M2** : il y a plusieurs dentistes qui m'ont dit ça

265 **M4** : ça me paraît curieux, parce que moi les dentistes de Jarville, il y en a 4, et ils ne veulent plus les voir, les patients CMU, parce qu'ils ne font pas assez de fric sur les soins qu'ils font

M2 : ça dépend de quel type de soins

270 **M4** : moi j'ai plutôt une image, c'est peut-être un fantasme

M2 : oh mais moi ce sont des remarques de dentistes, mais mon père était dentiste aussi

275 **M4** : je sais bien que ton père était dentiste, c'est peut-être un fantasme

M2 : c'est pris en charge dans certains cas à 100% alors que toi tu vas être pris en charge à 30%

280 **M5** : par la sécurité sociale.. qu'est-ce qui fait alors que la sécurité sociale rembourse dans ces cas-là et pas...?

285 **M2** : parce que la sécurité sociale, dans le cadre d'une CMU avec complémentaire, comme quand les veino-protecteurs étaient à 25%, remboursés à 100% pour les CMU

M5 : non mais le prix était le même, là tu parles des prothèses...

290 **M2** : je peux dire que les dentistes m'ont dit à plusieurs reprises qu'ils avaient moins de problèmes de remboursements. Alors est-ce que les médecins conseil sont moins tatillons sur les dents que sur les pourcentages de couverture en fonction du nombre de dents etc.

295 **M4** : moi j'ai des patients précaires qui n'ont pas de dents

M2 : oui mais est-ce que ce n'est pas..?

300 **M4** : qui ont des dents toutes cassées, et qui sont très difficiles à mobiliser sur des soins dentaires, pas uniquement les spécialistes...

M2 : mais est-ce que ce n'est pas aussi une question de négligence ? de manque de volonté de vouloir le faire ?

305 **M4** : ah oui, ça peut être un..

M2 : c'est pas qu'une question d'argent, il y a des gens qui sont en situation précaire parce que ça les intéresse pas...

- M4* : oui ça peut être aussi, oui ça les intéresse pas, ou ils ont abandonné un certain nombre de choses, en particulier, l'image d'eux-mêmes, ça ça peut...
- 315 *M2* : des gens, je ne sais pas, qui sont hypoacousiques qui vont investir dans un appareil et puis d'autres qui vont dire "je m'en fiche" (14'13") ça aussi c'est mal remboursé
- 320 *M4* : je ne sais pas si les patients CMU ont des belles prothèses audio et si on leur rembourse les piles..
M2 : non les piles, non
- 325 *M4* : non ? donc ils n'ont pas d'appareil
M2 : il y en a, c'est parce qu'ils n'ont pas les moyens, des gens qui ne sont pas en CMU, et qui n'ont pas d'appareil parce qu'ils s'en fichent, ils vivent avec
M4 : oui il y a ça aussi
- 330 *M2* : je veux dire par là, ce n'est pas qu'une question financière
M4 : donc le problème des patients qui ont la CMU, c'est quand même encore à peu près gérable, quand t'as 50 balais et puis que t'as un carnet d'adresses, tu peux quand même de temps en temps brancher un spé que t'as vu il y a moins de 5 ans, sur un patient CMU sur lequel il va pas faire forcément du pognon, mais de la médecine, et puis autrement on a quand même les correspondants hospitaliers. Sinon, il y a le problème des gens qui n'ont pas la CMU...
- 335 *M2* : oui, les gens qui sont juste au-dessus
M4 : qui sont en dessous aussi !
- 345 *M2* : je ne crois pas qu'il y ait beaucoup de gens en dessous s'ils acceptent le système
M4 : ah ben, j'en ai plein...
- 350 *M2* : pour moi, ce sont plutôt des gens qui n'ont pas de couverture, c'est parce qu'ils refusent
M5 : non mais il y en a beaucoup qui sont entre deux oui... là c'est plus difficile
M4 : qui refusent quoi ?
- 355 *M2* : les aides. Tu peux aller te faire soigner gratuitement à l'hôpital.
M4 : qui refuse quelles aides ? je ne comprends pas
- 360 *M2* : ils refusent de rentrer dans le système, d'aller consulter à l'hôpital, de se faire soigner, de se laisser prendre en charge.
M5 : oui mais l'hôpital, ils ne peuvent pas être non plus...
M2 : ah si, à l'hôpital il y a une obligation de soins.
M5 : mais enfin ça peut pas marcher...
M4 : mais enfin tu plaisantes M2 !
- 375 *M2* : si il y a une obligation de soins à l'hôpital
M4 : " alors Carte Vitale, carte de mutuelle" après on cause
M2 : t'es clochard... non non, non!
- 380 *M4* : ah si! à l'assistance publique
M5 : pas dans tous les hôpitaux
- 385 *M2* : si à l'hôpital ils ont obligation de soins, je vois à la clinique on a le même problème, il y a obligation de soins
M1 : oui mais dans l'urgence
- 390 *M2* : non, pas dans l'urgence, on est SSR, on est pas dans l'urgence
M1 : parce que je prend par exemple à l'espace Lionnois, où je travaille...
M4 : oui, même nous on a obligation de soins..
M2 : ben oui !
- 400 *M4* : oui.
M2 : mais je veux dire, à l'hôpital ils sont obligés de les prendre en charge, on peut pas dire "t'as pas de CMU, on ne te soigne pas"
- 405 *M3* : on voit des gens qui sont refusés en tant que CMU par les spécialistes, ils...
M2 : ah ça c'est autre chose
M3 : ils ont bien obligation de soins aussi
M2 : là on n'est plus dans l'hôpital
- 415 *M5* : mais comment on peut refuser des soins à quelqu'un...?
M2 : s'il n'a pas de couverture sociale, il peut se présenter à l'hôpital, ils ont obligation de s'en occuper, c'est dans les textes de loi
M4 : oui, mais nous aussi on a obligation de soins !
M1 : il y a une obligation de régulation
- 425 *M2* : régulièrement pendant l'été, nous, enfin à l'automne plutôt, on a des problèmes avec des clochards, il faut qu'ils sortent, ça fait un mois, deux mois qu'ils sont à l'hôpital, et ils refusent d'aller au foyer, tu fais quoi ?
- 430 *M4* : oui mais ça c'est un cas très particulier
M2 : on appelle, ils n'ont pas de couverture sociale, et ben t'appelles, ils sont logés à l'hôtel
- 435 *M4* : bien sûr, ils sont logés à l'hôtel !
M2 : et les médicaments leur sont fournis gratuitement
M4 : ben évidemment, ils sont pris en charge complètement, évidemment !
M2 : voilà:
M4 : non mais ça c'est...
M2 : parce que c'est obligatoire, c'est normal
M4 : c'est un métier de prendre en charge les gens...
- 440 *M2* : et bien je te dis qu'à l'hôpital
M4 : quand il gèle à moins dix dehors
- 455 *M2* : même quand il ne gèle pas, il y a des gens, au moment de la canicule qui ne voulaient pas aller... parce qu'il faisait trop chaud, ils étaient logés à l'hôtel
M4 : oui
- 460 *M2* : et pas au petit boui-boui. Les médicaments leur sont fournis..
M4 : c'est en général les hôtels de passe..
- 465 *M2* : ah non.
M4 : ben je connais bien, je connais un peu le problème, parce que j'en ai vu pas mal, à Nancy..

- 470 **M2** : moi j'en ai eu de la clinique qui ont été placés à l'hôtel de la Reine...
- M4** : quand mon mari était directeur à l'ARS, je peux dire qu'on avait un mal de chien pour trouver des places pour les familles dans les hôtels quand même. C'était quand même des hôtels quelques fois minables et il y avait beaucoup de candidats d'ailleurs chez les hôteliers.. fallait quand même qu'ils fassent leur.. enfin je pense qu'on sort un peu du sujet là, parce qu'on n'est plus dans le soin..
- 475
- 480 **M2** : enfin moi je voulais dire, ce n'est pas qu'une question d'argent, c'est aussi une question de...
- M5** : dans la tête
- 485 **Isa** : pour finir sur les représentations, vous avez un petit peu..
- Nico** : de la précarité, peut-être laisser parler tout le monde et puis après on va peut-être revenir sur les causes de la précarité, pourquoi les gens sont en précarité, alors vous avez déjà un petit peu effleuré le sujet, et puis voir un petit peu aussi quelles sont vos réactions, est-ce que vous pouvez les définir, les caractérisez quand vous êtes face à un médecin qui se trouve en situation de précarité pour X ou Y raison
- 490
- 495 **Cécile** : un patient !
- M4, M5** : un patient!
- 500 **Nico** : un patient pardon... oui il y a peut-être des médecins précaires aussi
- Isa** : donc oui sur les représentations quand même, c'est important de voir...
- 505 **Nico** : juste finir le tour de table, on a surtout parlé de ce côté-là. Qu'est-ce que la précarité pour vous ? qui sont-ils ? qu'est-ce que ça représente ?
- 510 **M2** : pour moi c'est un manque d'accès aux soins mais pour raisons aussi bien financières que volontaires, négligents.
- Nico** : financières ou volontaires et négligents. Et vous ?
- 515 **MI** : bon moi comment dirais-je ? Je suis tellement imprégné de la définition que je vais avoir du mal à m'en distinguer. Donc en l'occurrence la définition de la précarité effectivement de l'OMS c'est l'impossibilité ou la grande difficulté d'accès à une ressource quelqu'elle soit. Donc on peut être précaire parce qu'on n'a pas suffisamment de cases dans le cerveau pour comprendre tout ce qu'on nous dit, par exemple : un autiste est précaire. (19'21"), et la pauvreté, c'est le fait d'avoir le minimum sur tout, donc on n'est pas dans le grand luxe, ni dans le grand confort mais il n'y a pas une rupture d'accès à une ressource quelle qu'elle soit, et une des conséquences, c'est que soigner quelqu'un de pauvre c'est possible, par contre soigner quelqu'un de précaire, il arrivera un moment où on va se heurter à une porte fermée, où il va falloir réussir à faire un peu de gymnastique pour réussir à contrôler le truc
- 520
- 525
- 530 **Nico** : il y a une rupture entre la pauvreté et la précarité
- MI** : il y a un gradient, mais de manière pragmatique, un patient pauvre n'empêchera pas la mise en oeuvre des soins, ça va pas être les mêmes, ça ne va pas être le même protocole, ça va pas être le même agenda, mais il sera soigné. Le patient précaire, il arrivera un moment où il faudra le décider de le mettre dans sa voiture pour aller à l'hôpital par exemple, où il faudra décider éventuellement de lui donner le médicament parce que si on ne fait pas ça, et bien ma foi personne n'ira l'emmenner, personne ne lui donnera le médicament, et finalement le soin n'aura pas lieu
- 535
- 540 **Nico** : d'accord
- 545 **Isa** : donc accompagnement nécessaire
- MI** : oui
- 550 **Nico** : est-ce qu'en quelques mots, vous pouvez éventuellement mettre en avant les causes qui selon vous génèrent la précarité ? ou les causes... du pourquoi une personne est précaire ?
- MI** : ouh la.. vous avez 3 h devant vous ?
- 555 **Nico** : alors, si on peut le faire en 10 minutes..
- Isa** : c'est plutôt les causes des difficultés qu'on voulait aborder..
- M5** : les origines ou les causes ?
- Isa** : les causes des difficultés dans la relation aux précaires, pas les causes de la précarité ..
- Nico** : d'accord, on prendra 3h alors un autre soir :)
- Isa** : ce serait plutôt les causes des difficultés que vous ressentez dans la relation avec les patients précaires.
- MI** : alors la personne qui est installée depuis très longtemps dans la précarité, sa vision du monde a changé, donc c'est un monde où il y a beaucoup de murs, où le plafond est bas, et où on n'ose même plus se lever de peur de se cogner, de se faire des bosses, donc c'est quelqu'un qui ne demande pas, c'est quelqu'un qui peut rester à la porte de l'hôpital et puis.. il peut tout à fait mourir à la porte de l'hôpital mais il n'ira pas demander puisque de toute façon dans son monde à lui, il est là pour ne pas entrer. Donc il va falloir faire pas mal d'effort et ramer beaucoup pour établir un contact où vraiment le patient précaire va finir par se dire "tiens ? je peux faire des choses" " et je peux demander, et puis effectivement je vais avoir l'opportunité de parler d'un certain nombre de problèmes" donc là c'est un peu comme quand on perce un abcès, il y a tout qui... et les gens qui connaissent un peu même peuvent tout à fait ne pas avoir envie d'aller trop fouiller parce que quand ils finiront par ouvrir la porte, ça va être comme quand un barrage se rompt... plein de trucs qui arrivent, et on n'est pas forcément à même ou préparer à pouvoir traiter tout ça en même temps
- 570
- 575
- 580 **Nico** : donc une difficulté que vous avez, c'est que la tâche est énorme
- MI** : la tâche est énorme..
- 585 **Nico** : donc vous pouvez être réticent pour diverses raisons de disponibilité..
- MI** : voilà
- 590 **Nico** : .. ou autre à un moment donné face à un médecin précaire..
- Tous : patient !
- 595 **Nico** : oui :) "patient précaire" tout à fait
- MI** : sans réseau, sans comment dirais-je, organisation spécifique pour, oui effectivement quand on a une idée de ce qui se cache derrière.. c'est un peu comme ouvrir la boîte de Pandore, il faut faire attention
- 600
- 605 **Nico** : donc vous dites "sans réseau" parce que quand on est plusieurs, on partage un petit peu le..
- MI** : quand on est plusieurs déjà, oui, il y a plus de moyens mutualisés, et puis chacun va avoir une compétence spécifique pour traiter un aspect du problème. Par exemple : un médecin apporte sa compétence médicale, une assistante sociale apporte sa compétence juridique, euh comment dirais-je un économiste va apporter sa compétence en réflexion on va dire de financement d'un système que qu'il soit pour le rendre gérable et puis que ça puisse alimenter les autres services ; on peut même aller plus loin quelque part, un avocat peut apporter une compétence juridique encore plus spécialisée que l'assistante sociale pour aller conquérir des terrains qui ne sont pas encore occupés, etc, etc. Si vous avez un député dans le coin...
- 610
- 615
- 620
- 625

- Nico* : ça peut servir aussi
- 630 *MI* : ça peut servir aussi
- Nico* : donc là c'est une difficulté, est-ce que quelqu'un peut nous parler d'une autre difficulté que vous avez avec un patient précaire ?
- 635 *Cécile* : dans les prises en charge même... les difficultés qu'on peut rencontrer dans les prises en charge au quotidien ?
- Nico* : si on peut les énumérer, les détailler ou pas mais énumérer un peu les différents types de difficultés que vous pouvez rencontrer.
- 640 *M5* : c'est assez chronophage
- Nico* : un petit peu pour les mêmes raisons ? beaucoup de choses à régler en même temps ?
- 645 *M5* : oui parce que c'est un puits sans fond
- Isa* : difficile de hiérarchiser les choses à faire ?
- 650 *M5* : oui de hiérarchiser, de... et puis l'exercice de la médecine est quand même un exercice assez solitaire.. (*incompréhensible*) (25'16")
- 655 *Nico* : et donc petit face à une grande tâche..
- Isa* : vous avez l'impression d'être seule, en fait ?
- 660 *M5* : oui.
- Nico* : est-ce qu'on peut énumérer d'autres types de difficultés ? concrets ou..?
- M4* : je pense qu'une des difficultés, tu l'as un petit peu abordé, même beaucoup, c'est que le patient n'est pas forcément en demande, il est quelquefois là par hasard, pas parce qu'il y avait de la lumière mais des fois ça peut être ça quand même.. "tiens et pourquoi pas aujourd'hui?" quoi mais bon. Donc effectivement, il y a la hiérarchisation de ce qu'on va pouvoir élaborer avec le patient, et ce n'est pas toujours aisé. Alors évidemment, c'est chronophage mais bon, des patients précaires, même dans un quartier comme le nôtre, on n'en a pas forcément 50 par jour non plus, mais je pense que ça c'est une difficulté, mais bon, on a aussi beaucoup de patients pour lesquels on voudrait aborder des choses où ils ne sont pas forcément en demande, c'est pas spécifique aux patients précaires, mais ça c'est quand même assez caractéristique. Bon après les partenaires, il y a.. en général, les services de PMI, ce sont de bons partenaires, quand ils ont les moyens, humains
- 670 (26'34") quelquefois il y a des barrières toutes bêtes mais... des barrières qui existent, l'assistante sociale, les CCAS des villes aussi, c'est quand même une obligation pour toutes les villes d'avoir des CCAS et puis en général, il y a quand même là un relai intéressant. Voilà, bon.. parmi les libéraux, je sais s'il faut... je pense aux infirmières.. ? (aux autres) pas spécialement.. aux libéraux par rapport aux soins, à St Nicolas quand je remplaçais, il y avait une infirmière qui était assez impliquée dans ce genre de guet.. c'était un vrai bonheur de travailler parce que ..
- 675 *Isa* : c'était difficile de trouver des ..?
- M4* : c'était l'époque aussi où elles faisaient encore les toilettes, c'était des...
- 680 *Isa* : motivées..
- M4* : oui, "mère Thérèse"
- Isa* : donc, les jeunes, il est parfois difficile de trouver des paramédicaux ...?
- 685 *M4* : oui, ça ça peut être difficile, par contre travailler avec les assistantes sociales de secteur et les services de PMI c'est bien parce que c'est leur mission quand même, ce sont des gens qui sont quand même psychologiquement armés, ils ouvrent pas des yeux comme ça, quand ils voient les gens arriver, (27'51") ils sont prêts donc ce sont souvent des partenaires intéressants, mais il y a des fois des limites qui ne sont pas des limites de personnes ou humaines, mais des limites de système
- 710 *Isa* : d'accord..
- Nico* : (à M3) Madame ? Est-ce que vous avez déjà vécu des difficultés face à un patient précaire ? Comment peut-être très concrètement ça s'est traduit ?
- 715 *M3* : j'ai pas d'exemple en tête non
- Nico* : (à M2) Monsieur peut-être ?
- 720 *M2* : moi c'était surtout les patients qui ne voulaient pas faire d'effort..
- Nico* : et concrètement ça se traduisait comment dans votre relation entre le médecin et son patient ?
- 725 *M2* : ben soit on acceptait de se faire manger, j'en ai pour finir, ils venaient téléphoner chez moi, ils venaient me demander à manger et tout et par ailleurs quand j'allais chez eux, je voyais qu'ils avaient la dernière console, et j'avoue que j'acceptais pas. Il y a des gens au départ on m'a dit qu'il n'y avait pas d'argent "je soigne gratuitement", après ils vous appellent à 1h du matin parce qu'il y a le petit dernier qui a la dent qui bouge ! Après c'est "on n'a pas de sous pour téléphoner à la mamie" et puis c'est là qu'ils nous bouffent quoi..
- 730 *Isa* : donc il y a des abus
- M2* : oui
- 735 *Nico* : donc ça s'est traduit par de la défiance
- M2* : oui, ben il y a un moment où on est obligé de dire non, je ne vais pas me faire manger quand même. Mais des cas, je n'en ai pas eu beaucoup, en 25 ans, je n'ai pas eu beaucoup de cas de précarité, ceux qu'on j'ai vu..
- 740 *M5* : de vraie précarité oui
- M2* : hein ?
- 745 *M5* : ça c'est de la fausse précarité
- M2* : non, ce sont quand même des gens qui normalement n'avaient pas d'argent, qui étaient nourris par le bureau d'aide sociale, les enfants étaient habillés par le bureau d'aide sociale, etc, mais ils ont toujours de la famille qui peut prêter de l'argent, des trucs comme ça, des assistantes sociales qui.. à l'époque il y avait l'aide médicale gratuite, c'était avant la CMU, il y avait moyen mais il fallait que les gens acceptent de se laisser soigner, et de... c'est pour ça que je dis "ce n'est pas qu'une question financière" c'est aussi une question de volonté, les gens-là ils s'en fichaient, essaye de leur donner... par exemple ma femme s'occupe de la bibliothèque, on a réussi à acquérir pour leurs enfants l'accès gratuit, ils ne sont jamais venus chercher autre chose que des DVDs, ils n'ont jamais pris de bouquins, donc c'est dommage, c'est aussi un refus.... tiens tu parlais de l'accès à la culture là tout ça, en fait, c'était pour les aider pour ça. Il n'y avait sûrement pas de dictionnaire à la maison, mais il y avait plein de jeux (30'30")
- 750 *MI* : effectivement, c'est très fréquent de trouver que ce sont des populations qui vont se prendre en pleine poire toute la communication sociétale. C'est-à-dire que tout ce qui est manoeuvre publicitaire masse-média etc, ils vont s'en imprégner comme des éponges. Donc je n'entends pas beaucoup parler dans les panneaux qu'on voit dans les rues, dans les spots télévisés etc "allez donc à la bibliothèque, prenez donc un bouquin "apprenez à lire Maupassant" ou que sais-je ? Par contre on va vous vendre le dernier lecteur de DVD, le dernier grand écran plat, truc comme ça, ça oui, et effectivement, il n'y a pas de distance vis-à-vis de tout ce qui est communication. Oui, ils ont avoir la dernière console, même s'ils n'ont pas les moyens de se la payer, ils vont être capables de la payer, je ne sais pas, à crédit ou etc,
- 755
- 760
- 765
- 770
- 775
- 780

- 785 ils vont être tombés sur un commercial, qui leur aura fait miroiter la possibilité de l'avoir physiquement chez soi, et puis après.. "advienne que pourra". Je pense qu'il doit y avoir une partie de ça aussi. Et comme, il y a cette communication où on crée l'illusion du "c'est possible".. ben tout simplement. Donc
- 790 c'est aussi une forme de précarité, c'est qu'il n'y a pas la capacité de prise de distance, et il n'y a pas non plus la sensibilisation à quelque chose de culturel.
- 795 *Isa* : donc une pauvreté culturelle...
- M1* : donc... il y a un film américain comme ça qui s'appelle l'Idiocratie et qui explique que les idiots se développent plus vite que les gens cultivés ou les gens intelligents, parce que les gens intelligents ils réfléchissent vraiment si ça vaut le coup d'avoir des enfants "parce qu'à l'époque actuelle etc", et puis le temps qu'ils prennent leur décision, et à côté le voisin qui ne réfléchit pas, lui il en a 15 (32'12") donc, comme ils sont tous sur le même modèle, ça aboutit à la description d'un monde qui est dans les ordures, les montagnes russes, et comment dirais-je, pour avoir un diplôme d'avocats, il faut gagner un concours de grands coups de poing dans la figure
- 800
- 805 *Nico* : oui..
- 810 *M1* : voilà..
- M4* : ce que tu disais pour les écrans plats, c'est quand même un message qu'on entend depuis des décennies de la part des médecins quand ils font les visites, effectivement des gens qui ont la CMU, ou qui n'ont pas d'argent pour payer, qui appellent à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, pour des motifs qui ne sont ma foi, soit pas forcément très louables, soit pas très importants, donc l'écran plat, ce sont aussi les gens qui bouffent les 50% de ce qu'on vend dans les supermarchés, les grandes chaînes de supermarchés, les premiers portefeuilles mondiaux, ce sont quand même les grandes chaînes de supermarchés, il y a la moitié des choses là-dedans que tu n'achèterais pas, que tu ne donnerais pas à ton chien, avec les pastiches de steaks hachés remplis de machins de trucs, on est bien contents aussi d'avoir des gens qui ne réfléchissent pas et qui consomment toutes ces saloperies-là. Je voulais dire aussi, il n'y a pas que les écrans plats, et par rapport aux motifs d'appel et aux heures d'appel ; il y a eu une étude qui a été faite par la sécurité sociale qui montre que les patients qui ont la CMU par exemple, qui ont des soins gratuits, qui peuvent être précaires, on peut avoir des précaires parmi les gens qui ont la CMU, on est donc quand même dans le cadre du sujet de ce soir, et bien, ils n'appellent pas plus la nuit que les autres et ne consomment pas plus de soins que les autres. C'est un petit peu une représentation qu'on a et je pense qu'ici on a tous fait des gardes la nuit et c'est dur, à 2h du matin c'est toujours dur. Et ma foi, si c'est un patient qui a un motif qui pour lui est important, et que nous on le prend pour un motif complètement superflu, et si en plus c'est la CMU, et bien ..
- 820
- 825
- 830
- 835
- 840 *Isa* : on s'en rappellera plus..
- M4* : on repart, on se dit " et ben c'était encore une CMU", voilà ! Donc il y a aussi ce vieux schéma qu'on ne peut pas garder puisqu'il est faux. Parce que évidemment la sécurité sociale a fait ces études parmi des populations qui avaient la CMU, donc ça, c'est un peu un cliché. Les écrans plats, c'est pas un cliché. Mais la consommation des soins, ils ne consomment pas plus. Voilà.
- 845
- 850 *Isa* : ce qui est difficile, c'est de se comprendre en fait..
- M4* : non, non, je répondais un peu à M2. Par rapport à ce que tu disais.
- M2* : la dame, elle n'était pas CMU, je la soignais gratuitement. Je l'ai soignée pendant 5 ans gratuitement, à la fin j'en ai eu marre, j'ai dit "maintenant je fais des feuilles, vous êtes remboursée, je veux être payé". Ce qui s'est passé, c'est que la dame du bureau d'aide sociale a récupéré les sous, elle a dit " de toute façon il a déjà assez de sous, c'est pas la peine de lui redonner"
- 855
- 860 *M5* : en parlant de ?
- M4* : oui mais ça c'est une histoire un peu douloureuse..
- 865 *M2* : cette dame, ce n'est pas une question de CMU, je pourrais sortir un peu des trucs de CMU parce que...
- M4* : non, c'est une histoire particulière un peu douloureuse
- 870 *M2* : je veux dire, je soignais gratuitement, c'était pas une question de CMU
- M4* : je ne fais jamais d'actes gratuits.
- 875 *M2* : c'est là que je me suis fait bouffer. Les CMU, t'es payé après je m'en fiche.
- M4* : je ne fais jamais d'actes gratuits et...
- 880 *M2* : non, de toute façon... je dis quand on en fait, après on se fait manger
- M4* : et tout le monde prend RDV, quelques exceptions, mais c'est plutôt des gens qui ont un mal de chien d'avoir... c'est pas lié à un état de précarité, c'est pas forcément lié
- 885 *M1* : non, c'est une personnalité
- M4* : voilà c'est plutôt une personnalité, bon ben voilà, et puis c'est comme ça
- 890 *M2* : ce sont des façons de se comporter..
- M4* : mais on en a peu, on ne travaille que sur RDV, donc tout le monde a le droit à son temps de RDV et moi, je ne fais pas d'actes gratuits, je n'en fais jamais
- 895 *M5* : il y a le tiers-payant
- 900 *M3* : il y a 10 ans, tu disais que tu ne pourrais jamais mettre des RDV dans ta clientèle, tu l'as dit, t'as changé
- M4* : oui ben voilà et maintenant, on ne travaille que sur RDV, heureusement d'ailleurs
- 905 *M5* : mais l'acte gratuit ça n'existe pas il y a le tiers-payant
- M4* : mais non l'acte gratuit c'est....
- 910 *M2* : l'acte gratuit, ça veut dire que tu ne fais pas payer, tu ne fais pas de feuille
- M4* : voilà
- 915 *M5* : c'est un choix.. du médecin
- M4* : oui
- M2* : oui, des gens, qui a priori vraiment je pensais au départ, n'avaient pas d'argent.. et après tu te rends compte...
- 920 *M4* : moi je suis pour la gratuité des soins, mais si on est dans un système où ce n'est pas le cas, je veux dire, tout le monde doit passer par là... c'est pas parce que j'ai peur d'être débordée par les actes gratuits, c'est pas ça du tout. Mais je veux dire tout le monde a le droit d'avoir sa dignité, si on paye chez le médecin, ben on paye chez le médecin, tout le monde le fait
- 925 *M2* : oui
- 930 *M4* : donc c'est un peu pour ça. Je ne fais jamais d'actes gratuits pour l'acte gratuit, si ça m'arrive bien sûr, mais pas dans le cadre d'une difficulté d'accès aux soins, d'une précarité, bien sûr que j'en fais, mais ça peut très bien être...
- 935 *M1* : .. une stratégie d'évacuation du casse-pied, quand il vient comme ça entre deux, on ne peut pas s'en débarrasser, "bon allez tiens, toc toc toc hop, zou, au revoir !"
- M4* : pour l'acte gratuit tu dis ? ah oui d'accord
- 940 *M5* : mais il y en a qui reviennent..

- M1* : oui mais la prochaine fois il prend RDV, il est prévenu là
- 945 *M4* : alors il y a une précarité particulière, c'est la précarité des gens qui n'ont pas justement accès à ce système de CMU 1025
Nico : donc ce sont des gens qui sont en-dessous ?
- 950 *M4* : des gens qui sont en-dessous .. 1030
Isa : en dessous ? ou au-dessus ?
- 955 *M4* : en dessous, ah mais il y a aussi ceux qui sont au-dessus, oui 1035
M2 : ceux qui ont la dispense d'avance de frais
M5 : oui c'est ça le tiers-payant
- 960 *M2* : donc c'est la dispense d'avance de frais 1040
M3 : non, ceux qui sont en dessous ?
M2 : non, juste au-dessus, juste à la limite supérieure
M5 : voilà, les CMU qui n'ont pas la complémentaire 1045
M3 : ils n'osent pas la demander, ils l'ont mais ils n'osent pas la demander
- 970 *M4* : ce n'est plus la peine de la demander 1050
M3 : non ?
M4 : on peut faire le tiers-payant à tout le monde 1055
M3 : ça je sais mais
M4 : on fait le tiers-payant à tout le monde, ce n'est plus la peine de demander 1060
M3 : mais les gens quand ils vont quelque part, ils n'osent pas dire qu'ils ne doivent pas avancer les sous, moi j'en ai des comme ça
- 985 *M4* : ben on les fait payer de toute façon des fois 1065
M3 : oui, mais ils ont le papier qui dit qu'ils ne doivent pas payer et..
M2 : oui ce sont ceux qui ont la dispense d'avance de frais ça 1070
Nico : (à *M4*) donc vous vous voulez parler des personnes qui ne sont pas inscrites à la CMU
M4 : voilà 1075
Isa : qui n'ont pas de couverture
- 1000 *M4* : voilà, des primo-arrivants parmi les immigrés, qui ont peur de rencontrer des structures... 1080
M2 : ils ne sont pas déclarés
M4 : .. parce qu'ils ont peur de se faire pincer 1085
Isa : vous en voyez quelques uns ?
M4, ah oui, j'en ai vus oui, j'en vois 1090
Isa : et alors, qu'est-ce que vous faites ?
M4 : ben je les envoie à Médecins du Monde parce que ce qui coûte cher, c'est pas nous. C'est pas nos 22 euros qui coûtent cher, qu'on les aie ou qu'on ne les aie pas, c'est le reste, c'est les médicaments, c'est une radio, c'est une biologie, c'est les vaccins, c'est pas nous, qui coûtent cher. Donc c'est pas une solution que nous fassions des actes gratuits, puisque ce n'est pas nous qui coûtent cher. 1095
Nico : alors est-ce qu'on peut en profiter pour rebondir et pour 1100
- continuer la discussion sur justement les organismes relais, partenaires auxquels vous pouvez être confrontés, les partenaires dans le suivi de vos patients précaires
Isa : vous en avez déjà cité quelques uns effectivement
Nico : est-ce qu'il y en a d'autres ?
M4 : ben il y a l'UMS, mais l'UMS c'est pour des gens qui, par l'intermédiaire de cette consultation-là vont justement pouvoir avoir un certain nombre de papiers, ils vont pouvoir faire des dossiers, voilà. Par exemple, les gens qui sont pris en charge par l'ARS, au départ ils vont à l'UMS jusqu'au moment où ils vont pouvoir avoir des papiers, et puis avoir après un médecin traitant en ville comme tout le monde
Isa : est-ce que c'est une structure qui est bien connue de vous ?
M4 : l'UMS ? ben oui parce qu'il y travaille, elle y a travaillé longtemps
Isa : aussi d'accord
M4 : moi j'ai été interpellée quand ça s'est créé..
Nico : on va peut-être demander aux deux personnes qui n'y ont pas travaillé ? est-ce que vous connaissez l'UMS ? est-ce que vous connaissez d'autres structures ? (40'18")
M5 : moi je connais Médecins du Monde mais... on l'UMS, on m'a sollicitée, je venais de m'installer, j'avais peut-être autre chose à faire quand même
Isa : ils ont sollicité les médecins pour recruter c'est ça ?
M5 : oui
Isa : d'accord, donc c'était une façon aussi de dire "on est là".. enfin, au moment de la création c'est ça ?
M4 : oui oui, moi j'ai connu aussi au moment de la création, j'avais hésité
M3 : ils ont recruté encore après
Isa : oui oui, non mais l'annonce, c'était à visée de recrutement
Nico : (à *M2*) et vous?
M2 : non, moi c'est ici que j'en ai entendu parler
Nico : d'accord
M5 : alors est-ce que les nouveaux étudiants en médecine ont une formation à ce niveau-là ? parce que moi je sais que c'est pas facile, quand on ne sait pas..
M1 : ben oui, puisqu'ils y viennent en stage, enfin pas tous..
M4 : pas tous !
M3 : enfin ceux qui y vont..
M1 : ce sont eux qui le demandent, mais ça fait partie des choix de lieux de stage
M5 : ce sont des options, c'est pas obligatoire
M1 : comme n'importe quel autre stage
M5 : d'accord
Nico : (à *M5*) est-ce que vous vous avez d'autres interlocuteurs quand vous êtes face à un patient précaire ?
Isa : ce qu'elle disait au début, c'est qu'effectivement, elle se sent un petit peu seule..
M3 : chacun a son carnet d'adresses

- M5** : on essaye de faire avec, puisque c'est vrai qu'il y a quand même une obligation de soins, mais on peut être vite dépassé
- 1105 **Nico** : quand vous dites carnet d'adresses, vous, ce sont des collègues ?
- M3** : on a chacun son carnet d'adresses, moi je suis à 20km de Nancy, j'envoie peu de gens à l'UMS, mais bon ça peut servir, mais on a.. on peut demander ..
- 1110 **Nico** : ce sont des confrères ?
- Isa** : des confrères qui font des actes gratuits ?
- 1115 **M3** : oui ce sont de confrères (*en montrant M4*), on peut demander à .. des actes gratuits oui ou..
- Isa** : des spécialistes ?
- 1120 **M3** : ça peut arriver, mais ça m'arrive pas tous les jours..
- Isa** : d'accord
- M3** : ça peut dépanner
- 1125 **Isa** : d'accord, et par rapport aux travailleurs sociaux, est-ce que vous avez des contacts ?.. vous pouvez dire non, c'est pas..
- M3** : ça m'arrive souvent de dire aux gens "allez voir l'assistante sociale" mais honnêtement, je ne connais même pas son numéro de téléphoner
- 1130 **Isa** : d'accord, vous n'êtes pas du tout la seule à nous avoir....dit ça
- 1135 **M3** : je dis "allez-y"
- Nico** : et vous Mr ?
- 1140 **M2** : moi ça m'arrive de téléphoner à l'assistante sociale de là où je..
- Nico** : vous l'appellez ? donc c'est la ville de Nancy
- 1145 **M2** : non c'est Neuves-Maisons
- Nico** : la ville de Neuves-Maisons, d'accord, donc c'est une..
- M2** : et puis sinon, le bureau d'aide sociale du village
- 1150 **Nico** : ou le bureau d'aide sociale.. je ne connais pas, c'est..?
- M4** : non, ça s'appelle CCAS maintenant
- 1155 **M2** : CCAS oui
- M4** : enfin ça s'appelle plus maintenant
- 1160 **M2** : c'est l'équivalent, ce sont les conseillers municipaux, les assistantes sociales et les adjoints
- M4** : enfin c'est une mission autonome par rapport aux municipalités, même si les municipalités sont parties prenantes mais..(43'06")
- 1165 **M2** : oui, non mais il y a des gens qui sont conseillers municipaux qui sont dedans de toute façon
- M4** : ah ben oui, bien sûr, oui il y a des élus
- 1170 **Nico** : peut-être pour clôturer la réunion, je ne sais plus, on a commencé à quelle heure ? il est 21h30 bientôt..
- Isa** : oui on a commencé à moins le quart
- 1175 **Nico** : on peut prendre encore dix minutes peut-être pour évoquer soit d'une manière assez générale, soit d'une manière très pratique sur l'agglomération ou dans la ville où vous travaillez, des idées, des propositions d'actions qui permettraient une
- 1180 meilleure prise en charge des patients précaires, ou de résoudre plus facilement certaines des difficultés que vous avez pu rencontrer, ou que des confrères ont rencontré
- 1185 **Cécile** : et éventuellement revenir sur des difficultés auxquelles vous avez repensé en cours de discussion et que vous n'avez pas pensé à évoquer de façon pratique dans votre quotidien, revenir sur des difficultés autres...
- 1190 **Nico** : difficultés, solutions, idées ? expériences ? c'est un petit peu ça à bâtons rompus qui intéresse Cécile et Isabelle
- Isa** : l'idée étant d'essayer de vous proposer des choses, de voir si on peut faire des choses sur le département...
- 1195 **M1** : ça devient économique et politique, donc c'est vrai qu'on sort un petit peu de notre domaine de compétence, parce que comment réussir à ce que quelqu'un qui n'a pas de mutuelle puisse faire un certain nombre d'examens sanguins.. euh c'est plus médical
- 1200 **M5** : c'est plus de notre ressort
- M1** : comment réussir à ce que, comment dirais-je, on a besoin d'un avis spécialisé dans tel organe, on essaye de regarder ceux qui sont conventionnés en secteur 1, on en trouve un
- 1205 **M4** : ou zéro!
- M1** : ou pas
- 1210 **M2** : ou ce sont des "un avec dessous de table"
- M1** : ou on a des camarades de promotions qui sont en secteur 2, on leur téléphone et on leur parle de nos patients, "ça t'embête pas, etc ?" "mais non je t'en prie, il n'y a pas de soucis" et puis de toute façon, déontologiquement et réglementairement, ils doivent les traiter comme les autres (45'05") et pis on a ensuite des retours comme quoi finalement, ça ne se passe pas comme ça, donc il y a aussi une histoire de crédibilité vis à vis du patient, on l'envoie pas au casse-pipe, on envoie chez un gars qui est censé l'aider donc... du coup on raye, pensant "traître!" et puis..
- 1215 **Isa** : l'impression de ne pas être soutenu par les confrères spécialistes ?
- M1** : voilà c'est les précaires.. une fois qu'on a trouvé sa tribu, tout va bien, la tribu là oups..
- Nico** : il y a beaucoup de traits
- 1220 **M1** : il y a beaucoup de traits oui! donc comment résoudre ce problème-là, moi je n'en sais rien, rien du tout
- M4** : c'est très particuliers les médecins spécialistes de ville, c'est très particulier quand même
- M1** : il faut demander au conseil de l'ordre, ils ne sont pas au courant. "comment vous voulez qu'on le sache, on ne nous le dit pas"
- 1225 **M3** : il y a encore une enquête qui a été faite il n'y a pas longtemps qui dit qu'il y a quand même 50% des gens qui ont des soucis pour se faire soigner quand ils ont la CMU, il y a quand même plein de médecins qui ne répondent pas
- (*incompréhensible*) (46'16")
- M4** : ... la difficulté d'accès aux soins
- 1230 **M3** : et encore ce sont des gens qui ont la CMU je trouve que le problème, c'est vraiment l'accès aux soins, de pire en pire c'est terrible
- 1235 **M4** : oui, alors on a le problème de ceux qu'on appelle les travailleurs pauvres, ce sont ceux qui sont juste au-dessus de la CMU, donc ceux-là, ils sont précaires par rapport aux soins, ça c'est quand même notre fond de commerce nous, les travailleurs pauvres,

- 1260 *Nico* : parce que pas de mutuelle ?
M4 : et c'est pour ceux-là qu'on ne sait plus quoi faire
- 1265 *Nico* : parce que pas de sécu ?
M4 : on y arrive parce que...
M3 : ils n'ont soit pas de mutuelle...
- 1270 *M4* : parce qu'on est des militants, mais purée c'est un sacré boulot
M3 : soit ils n'ont pas de mutuelle, après..
- 1275 *M4* : ils ont des petits contrats en mutuelle
M3 : en dehors de la mutuelle, ils n'ont pas de quoi payer en plus les 50 centimes, les 1 euro
- 1280 *M1* : peut-être autre chose qui pourrait faire avancer le schmilblick, tout simple, c'est sur les transports, si déjà l'accès aux transports est facilité, ça va déjà permettre de raccourcir les distances. Exemple : en ophtalmo, je connais 2 ophtalmos en secteur 1, il y en a un qui est à Vandoeuvre, l'autre il est à Ludres, on va pas envoyer les gens à Ludres, donc si..
- 1285 *M4* : à Jarville aussi
M1 : il y a Jarville ? oui mais..
- 1290 *M4* : un an de délai
M3 : à Ludres, c'est 9 mois
- 1295 *M1* : donc quand on n'a pas de moyen de locomotion aller à Ludres, on peut y aller à pied, on est d'accord ? ceci dit, si on veut prendre le bus, ça prend 1h, voire 1h30, ça dépend
- 1300 *M4* : et puis il faut quelqu'un qui explique le bus, nous on a une secrétaire c'est super
Nico : donc problème de non accès, non habitude à prendre le bus, ou problème de payer le billet du bus ?
- 1305 *M4* : les 2 !
M1 : c'est surtout le problème de rentrer dedans, alors bon, il n'y a pas souvent de contrôleurs mais bon.. les jours où il est là "j'ai la lettre de mon médecin!"
- 1310 *M4* : il n'y a pas que la grande pauvreté, la précarité c'est pas.. il y a vraiment, on va avoir.. de toute façon, on fonce vers un système à l'américaine, où les soins sont hors de prix et où les gens ne sont pas soignés (48'15"). On est bien d'accord, c'est un système complètement désorganisé, qui est pro consommateurs, donc en Amérique, on alimente quand même bien les grandes firmes mais les gens... il y a une désorganisation des soins telle qu'il y a quand même 40% de la population qui n'est pas soignée. Alors on n'a même pas parlé de prévention ce soir, ça serait intéressant.
- 1320 *Nico* : c'est quelque chose que vous proposez ? que vous souhaiteriez voir développer ?
- 1325 *M4* : ah oui, mais c'est aussi une revendication syndicale ça, de pouvoir faire de la prévention dans nos cabinets, ça on...
Nico : donc c'est peut-être aussi une action, enfin via le biais syndical qu'il faudrait amplifier ?
- 1330 *M4* : oui, ben oui. Je pense qu'on est les mieux à même de faire de la prévention dans nos cabinets
- 1335 *Nico* : vous pouvez nous décrire un petit peu ce que vous pouvez faire dans le milieu syndical pour prévenir...?
M4 : non mais ce sont des revendications syndicales ça, moi j'ai
- 1340 un peu levé le pied sur le monde syndical depuis que j'ai des... je suis conseiller municipal alors.. ça pour le coup c'est très chronophage, c'est tous les jours quand même. D'ailleurs j'ai réinterrogé mes collègues (49'25") de MG France là-dessus récemment parce que moi je ne suis pas pour la loi Bachelot du tout par rapport à ce qu'il se passe à l'hôpital, on est entrain de désorganiser complètement les soins. Il faut faire des actes, il faut faire des hospitalisations de jour, on a bien compris, donc on nous propose plein d'hospitalisations de jour pour nos patients, dès qu'il y a 2 examens, hop : on fait une hospitalisation de jour, et ils peuvent compter les petits bâtons les uns derrière les autres. On a des spécialistes hospitaliers, avant c'était un vrai bonheur d'avoir un avis, t'avais un avis de spécialiste, le mec, ça lui prenait un quart d'heure, une heure oui la journée, tu l'avais au téléphone, tu pouvais travailler. Et maintenant, ils font comme ceux de la ville; ils disent "dans 3 mois je revois votre patient", deux ! Les urologues, pour un patient qui a un cancer de prostate à 80 ans "je revois votre patient dans 3 mois "je lui ai dit au téléphone "pour quoi faire??" vous vous rigolez, vous ne comprenez pas le message, mais il n'a rien à faire, il n'a aucune raison de le revoir dans 3 mois. Un chirurgien avec lequel je travaille en chirurgie générale à l'Hôpital Central, que j'aime bien, alors, il a opéré un patient d'une hernie inguinale, le patient a mal, je lui fais une écho, il y avait un petit doute, ça fait un an, il le revoit. Il me confirme que à l'écho et cliniquement, il n'y a pas de récurrence, et il lui donne un antalgique niveau 1, et il me dit " je revois votre patient dans 3 mois." Je lui ai téléphoné, ah je téléphone ! "mais pour quoi faire ?je ne comprends pas, je mettrai un niveau 2 si le niveau 1 en marche pas" mais voilà, on en est là, je veux dire, on est dans un gaspillage, c'est infernal, si eux, ils sont obligés de faire ça, je ne sais pas avec qui on va continuer à travailler, et donc on va tous être des précaires.. par rapport aux soins en France
- 1345 *Nico* : donc ça rejoint un peu ce que vous disiez (à M1) sur ce qui relève de l'économie, du politique..
- 1350 *Isa* : alors à notre niveau, il y a peut-être des choses que l'on peut...
- 1355 *Nico* : voilà, est-ce qu'après, à voter niveau, donc si on met de côté tout ce côté-là, est-ce que maintenant de manière plus pragmatique, plus concrète, très terre à terre, il y a d'autres propositions que via la thèse de Cécile et Isabelle, on pourrait tester, proposer ? peut-être sur l'échelle de votre territoire, de votre commune ou sur l'échelle de Nancy.. ou est-ce qu'il y a des initiatives qui ont déjà eu lieu, mais qui n'ont pas eu l'aura souhaitée, ou qui pour X ou Y raison pourraient être retestées ?
- 1360 *M4* : moi je dis les choses comme ça : on peut organiser les rencontres entre les gens du secteur social et les gens du secteur sanitaire ? le meilleur carnet d'adresses, c'est quand on a travaillé avec les gens, quand on les a vus
- 1365 *Isa* : d'accord, donc ça c'est une idée tout à fait intéressante.. faire que les gens se voient..
- 1370 *M4* : et puis facile à mettre en place.
- 1375 *Isa* : non seulement un annuaire téléphonique, mais effectivement que les gens se rencontrent, c'est créer du lien
- 1380 *M4* : et les médecins seraient assez partants je pense, parce que quand j'ai fait ce travail sur la PEC des patients toxicomanes (52'36"), il y avait un certain nombre de propositions auxquelles ils n'ont pas du tout adhéré, les collègues de ville, et puis ça par contre, ils trouvaient que c'était intéressant..
- 1385 *Isa* : la prise de contact ?
- 1390 *M4* : voilà, travailler avec les gens du secteur social sur un certain nombre de thèmes, alors pourquoi pas sur la précarité ? en matière de toxicomanie, ils étaient assez partants donc je pense que ça pourrait se faire ça, et puis c'est pas difficile à mettre en place.
- 1395 *Nico* : donc rencontres monde social, d'action sociale et le secteur médical ?

- 1420 **M4** : voilà. Parce que moi j'ai vu des médecins qui ne savaient pas ce que c'était qu'un CCAS, qui confondait l'AS de secteur et le CCAS, c'est pas forcément dramatique, si tu te trompes, t'appelles l'un, elle te dit "non, c'est pas moi, c'est l'autre" c'est pas grave, mais c'est un petit peu dommage, parce qu'il y a quand même des missions du département et des missions de la ville, c'est différent
- 1425 **MI** : c'est vrai que dans l'exemple de réseau qui pourrait exister parce que les gens se voient, il y aurait donc les acteurs sociaux locaux, que ce soit dans les services de secteur, ou les services municipaux, et puis il y a l'école, je pense qu'au travers de la médecine scolaire et puis du lieu de l'école, on peut aussi avoir une action éducative sur pas mal de choses
- 1430 **M4** : on travaille beaucoup avec eux, les médecins scolaires nous, les médecins scolaires...
- 1435 **M5** : ou de PMI..
- M4** : et les médecins de PMI jusqu'à 4 ans
- 1440 **Nico** : vous dites vous travaillez avec les médecins scolaires ..
- M4** : ah oui
- Nico** : de quelle manière ?
- 1445 **M4** : en contact direct, il y a un numéro, et puis je les rencontre régulièrement..
- Nico** : donc l'école de votre..?
- 1450 **M4** : du secteur
- Nico** : du secteur.
- 1455 **M4** : les écoles du secteur.. ou pas du secteur parce que nous on a des patients qui déménagent au Haut du Lièvre, Tomblaine, des fois c'est loin... voilà.. pour l'instant, ça a été surtout sur des actions ponctuelles pour des gens, (54'25") pour des enfants précis.
- 1460 **Nico** : face à une difficulté, vous appelez le médecins scolaire...
- M4** : voilà, là on a fait un travail de partenariat, je trouvais assez intéressant parce que les parents se sont rendus compte qu'il y avait un réseau, ils sont très sensibles à ça.. "tiens, il y en a 2 qui disent la même chose, qui font pas le même métier, mais ce sont 2 portes d'entrée, et j'ai l'impression qu'on m'emmène dans la même direction" et ça ça interpelle assez les gens, donc j'ai trouvé que c'était intéressant
- 1465 **Isa** : donc intérêt pour le soignant, et intérêt pour le patient qui a l'impression qu'effectivement les gens qui s'occupent de lui sont...
- M4** : oui, oui.
- 1475 **MI** : je sais que si on prend le modèle des unités de médecine familiales qu'on peut voir au Canada, vous avez un médecin de famille, un travailleur social, un psychologue, une infirmière, et c'est une structure qui prend en charge un secteur géographique déterminé, par exemple.
- Nico** : ça ne se voit jamais en France ?
- MI** : des organisations comme ça ?
- 1485 **Nico** : ou ici, ce type de...
- MI** : c'est à la libre initiative de chacun, mais bon moi j'ai un truc qui me paraît comique, c'est : on reçoit par exemple des propositions de diététiciennes, de psychologues qui s'installent et qui veulent dire qu'ils existent, et puis il y a la liste de leurs honoraires à côté, et puis c'est pas remboursé, et puis on se dit "ben vous n'aurez pas les miens" je rajouterai bien "nananère" si c'était pas si triste. Bon. On ne va pas former une maison médicale avec quelqu'un qui va réclamer, comment dirais-je, 100 euros la consultation d'une demie heure de la poche de pauvres
- 1495 types, alors qu'on sait que le nombre de séances, il ne va pas y en avoir qu'une..
- Nico** : et dans l'esprit de ce que vous disiez avoir vu au Canada, il existe ce type d'associations ?
- MI** : au Canada ?
- Nico** : non, non
- MI** : en France non.
- Nico** : non, zéro ?
- 1500 **M4** : alors, on a des copains militants de médecine générale, qui sont entrain de monter une maison de santé, donc on a un ami dans les Vosges là, donc dans la maison de santé, il y a des missions de prévention et il y a des paramédicaux qui viennent et qui sont rémunérés pas par les patients, par des réseaux. Par exemple : la diététicienne qui vient travailler avec les patients insuffisants cardiaques, et c'est payé, c'est pris en charge par le réseau ICALOR. Mais c'est dans la maison médicale du patelin.
- 1510 **Isa** : c'est où ?
- 1515 **M3** : à Vicherey
- 1520 **M4** : Marie-France Gérard
- 1525 **Nico** : ICALOR ?
- M4** : ICALOR, c'est le réseau..
- 1530 **M3** : .. d'insuffisance cardiaque..
- M4** : c'est ce qu'on appelle un réseau ville-hôpital, à un moment donné ça a été la mode et... c'est bien, c'est pas mal, ils ont eu beaucoup de poignon, c'est pour mettre en place un certain nombre de choses pour.. c'est le lien entre l'hôpital et la ville
- 1535 **Nico** : d'accord
- M4** : par exemple , un insuffisant cardiaque, il fait une poussée d'insuffisance cardiaque et bien, on peut l'envoyer à l'hôpital avec l'ambulance, et on peut en ambulance, c'est remboursé, il est pas bien et on peut aussi mettre en place une surveillance et une éducation du patient par les gens de ce réseau-là pour qu'il fasse moins de poussée d'insuffisance cardiaque, c'est quand même plus sympa pour lui, et puis pour tout... pour les autres soins..
- M5** : oui, parce qu'il est inscrit..
- 1540 **M4** : il faut qu'il soit inscrit, mais nous on peut inscrire nos patients. Voilà, c'est un peu ça les... et donc il y a beaucoup de réseaux qui n'ont plus de sous, mais bon, eux ils en ont encore, et donc dans ce cadre-là, elle peut faire des réunions avec la diététicienne, dans la maison médicale, maison de santé, et c'est pris en charge directement par le réseau, et c'est très intéressant, ça permet de voir plusieurs patients à la fois. Ca, c'est bien. Je trouve. En petits groupes, pas forcément euh.. mais ça c'est bien.
- 1545 **Nico** : oui donc : réunion collective.. et ça c'est à quel endroit vous dites ?
- M3/M4** : Vicherey
- Nico** : Vicherey
- 1550 **M4** : alors Marie-France, elle n'est pas du tout spécialisée dans la précarité? C'est pas son truc. Elle son truc, c'est l'organisation des soins par la médecine générale. Mais vous savez, il y a un créneau aussi
- 1555 **Isa** : mais on pourrait concevoir ce type de réseau pour les patients en difficulté...
- 1560 **M4** : oui

- 1575 *Nico* : avant de conclure, peut-être quelqu'un a un mot à rajouter, sur une question précise qu'on a pu poser ou sur le thème global de la recherche de Cécile et Isabelle ? Comment améliorer la prise en charge ? quelles sont les difficultés ? comment...?
- 1580 *Cécile* : quelles sont les difficultés ressenties dans la prise en charge des patients précaires..?
- 1585 *M3* : moi je pense que globalement, dès qu'on propose quelque chose à quelqu'un qui est précaire, c'est un problème, enfin tout est un problème. M1 disait prendre le bus, alors il y a les sous pour les tickets de bus, il y a comment prendre le bus, il y a.. tout pose problème
- 1590 *Nico* : et vous, vous vous sentez comment face à ce problème ? Soit pas.. compétente, soit démunie, soit pas disponible enfin..?
- 1595 *M3* : ben, je crois que je fais comme tout le monde, je fais de mon mieux !
- 1595 *Isa* : bien sûr
- 1600 *M3* : mais, ça ne suffit pas
- 1600 *Isa* : est-ce que des formations, ça vous intéresserait sur comment aborder ce type de patients, comment...? Vous pouvez dire non...
- 1605 *Nico* : est-ce que c'est de votre ressort, est-ce que c'est celui de quelqu'un d'autre ? qui ?
- 1610 *Isa* : voilà, est-ce qu'il y a des choses qu'on pourrait..?
- 1615 *M3* : ma conviction profonde, c'est que la prise en charge devrait être plus politique..(1.00'21") qu'autre. Après on peut mettre des sparadraps sur les fractures de jambes, c'est bien aussi, mais bon, c'est plus en amont, moi je crois plus à ce qui devrait se passer avant pour que les gens qui ont besoin d'un ticket de bus, et bien ils aient un ticket de bus. alors j'y crois mais je suis encore assez naïve mais après, tout ce qu'on peut faire.... on va en avoir de plus en plus, si on continue comme ça, on va avoir de plus en plus de problèmes, les formations, on fait des formations pour tout.. est-ce que... ? bon à cette heure-ci je n'ai pas spécialement de soucis parce que ce n'est pas le genre de gens qui je vois ou alors j'arrive à m'en débrouiller encore mais nous former à ... non. Effectivement faire un réseau social, ça me paraît bien, ça c'est ...
- 1620 *M1* : la question de la formation m'étonne. Parce que vous voulez des formations, mais pour donner une formation, il faut avoir une expertise, il faut être capable de donner une méthode qui a été performante, qui a été efficace, qui a marché, qui peut être copiée, remise en place, qui va fonctionner aussi bien qu'ailleurs. Or là je pose la question, est-ce que ailleurs on a réussi à résoudre comme ça de façon extraordinaire et merveilleuse ce genre de problèmes-là ? je ne suis pas sûr
- 1625 *M3* : non puis des compétences médicales, on les a...
- 1630 *M1* : si la question
- 1635 *M3* : c'est de la médecine "normale", il n'y a pas...
- 1640 *M1* : d'importer en France, d'autres modèles centrés sur les soins primaires
- 1640 *Isa* : ce ne sont pas des formations sur comment...
- 1645 *M1* : comme un peu partout en Europe, ça je dis oui
- 1645 *Isa* : le système idéal, c'est simplement vous l'expérience que vous avez à apporter dans l'approche du patient précaire est quand même intéressante
- 1650 *Cécile* : nous ce qui nous intéresse dans ce travail...
- 1650 *Isa* : la communication avec les patients, vous avez déjà une pratique qui fait que vous savez déjà aborder pas mal de problèmes
- 1655 *M1* : mais c'est très dépendant de personne ça, pourquoi est-ce qu'on le fait ? ben parce que c'est nous, et puis les gens qui ne le font pas, ils ne le font pas parce qu'ils savent qu'ils sont découragés par des tas de trucs peut-être, mais c'est aussi parce que c'est eux, par ce que pour toutes sortes de raisons... bof... moi j'ai un petit peu tendance à la voir comme ça
- 1660 *Cécile* : c'est pour ça que...
- 1665 *Isa* : nous on a eu un séminaire cette année, pour la première année, il y a eu un séminaire pour le 3e cycle de médecine générale, sur la précarité, et ça a été apprécié par les étudiants, et c'est une des pistes...
- 1670 *Nico* : ce que je crois comprendre, c'est que bon, pour vous le gros du travail, il est dans la sphère politique, il est dans la sphère...
- 1675 *M5* : oui il faut des moyens pour s'en occuper..
- 1680 *Nico* : il est de ce côté-là. Après, c'est du bricolage...
- 1685 *M1* : je vais peut-être sortir un petit peu du cadre. J'ai fini mes études à Montréal, quand je suis revenu de Montréal, je me suis posé la question "pourquoi est-ce qu'en France, il n'y a pas tout ce que j'ai pu voir au Canada ?" bon, j'ai compris. En France dans les années 80, il y a eu exactement la même réflexion, les mêmes propositions que partout ailleurs dans le monde occidental. Mais en France il y a eu des lobbys qui ont fait en sorte, que ce qu'on peut voir en Angleterre, ce qu'on peut voir au Canada, ou en Allemagne, ne se fasse pas. Point.
- 1690 *M4* : il y a eu des projets intéressants. Le système du médecin référent, c'était quelque chose de révolutionnaire, enfin oui, doucement révolutionnaire, mais le gros syndicat de médecins, qui réunit des médecins généralistes et des médecins spécialistes. C'est quand même la première fois dans l'histoire du syndicalisme qu'on fait... ils ont cassé un avantage acquis, parce que c'était un avantage acquis, c'était se donner des moyens pour gérer la santé des gens, en gros, sans trop développer. On était payé par les caisses pour recevoir les gens dans de bonnes conditions, c'est-à-dire ne pas faire trop d'actes dans l'année, il y avait une fourchette, pour faire un bilan une fois par an sur la santé, tenir un dossier, vacciner, etc. Et c'était un outil qui était payé et, ils ont tellement eu peur de cette part de salariat par les caisses, qu'ils ont tout fait pour le casser, ils ont réussi. Et donc nous, on a perdu des sous, bon pour la petite histoire on a perdu des revenus, on s'en est remis parce qu'on est quand même médecin, on n'est pas manoeuvre, à travailler quand il y a du boulot dans la rue, on est médecin, donc on a tous des bons revenus, certains plus que d'autres, moi j'estime que je gagne bien ma vie, je ne cours pas à l'acte, je gagne bien ma vie, les médecins généralistes, comme les autres, on a des revenus corrects, et je le dis chaque fois que je peux. On pourrait gagner plus, mais on a quand même des revenus corrects, mais ça a été un manque à gagner. Voilà, ils ont tout fait pour le casser, pour supprimer ce système-là. C'était un système d'organisation des soins, c'était aller plus loin que ce qui existait. Voilà.
- 1700 *M1* : dans les années 80, ou (*incompréhensible*) (1.05'32") dans les mouvements en question.. dans les années 80, il y a eu des mouvements qui voulaient mettre en place de maisons médicales de quartier, des trucs et des machins, il y a eu une répression syndicale et ordinaire extrêmement sévère, ce sont des gens qui sont passés en conseil de discipline. On n'a pas voulu que ça vienne en France.
- 1705 *M4* : c'était dans le projet politique de Mitterrand, 81, c'était dans le projet politique de Mitterrand, ça n'a jamais vu le jour !
- 1710 *M3* : ils n'étaient pas nés !
- 1715
- 1720
- 1725

Isa : ah oui oui ça..

1730 **M4** : oui mais c'est fou quoi, dans un projet politique, ça n'a pas pu voir le jour, tellement l'ordre et la CSMF ont fait en sorte que ça ne voit jamais le jour. Ca ne les empêchait pas de faire de la médecine de fric ! On ne les a jamais empêchés de faire ça.

1765

1735 **MI** : et alors, comment dirais-je, quand j'étais comme ça à Montréal, que je parlais avec mon directeur de stage, en le poussant suffisamment bien, parce que ce sont des canadiens qui connaissent très bien le système français, il finissait par s'emporter, par partir en croisade contre ces gens, etc, parler d'(?), professionnelle, de corruption, de cabale, etc. Puis je me dis "mais il parle de qui là ?" mais je m'aperçois que ce professeur canadien, ce que j'ai découvert moi progressivement en étant dans le milieu, comment dirais-je de la formation médicale continue et puis syndicale, il le savait, il le savait. Et lui qui était au collège des médecins du Québec, au collège des médecins de famille du Canada, etc. Ca lui sortait par les yeux parce que chez lui, ce genre de pratiques-là c'est réprimé. C'est illégal.

1770

1740

1745

Nico : ok.

1750

M4 : on n'a pas donné trop de pistes sur l'amélioration basique locale...

1785

Cécile : non, simplement, c'est que..

1755

M4 : un petit peu quand même, rencontres avec le secteur social...

1790

Nico : si c'était intéressant

MI : le séminaire justement sur la précarité hier, il y a un étudiant qui a posé la question : "on a quelqu'un de tuberculeux, il est en situation de précarité, qu'est-ce qu'on fait ?" et il y a eu 2 réponses, il y a eu une réponse qui disait comme ça " alors c'est bien simple, s'il rentre pas dans les clous juridiques et administratifs, on ne fait rien" et il y a eu une réponse du Dr Steyer qui disait : " il existe le CLAT", n'est-ce pas il existe le CLAT. Mais le CLAT, il n'existait pas il y a 5 ans. Et si le CLAT existe maintenant, c'est parce qu'il y a des gens qui se sont pris par la main et qui ont eu l'initiative et la volonté, la résistance pour réussir à faire en sorte de convaincre qui de droit pour que le CLAT existe.

Isa : hmm

MI : et répondre, enfin, c'est subjectif, mais répondre à cet étudiant "t'en fais pas bonhomme, le CLAT il est là" ça me paraît une demi réponse, parce qu'on passe à côté du fait que s'il n'y avait pas des gens qui prenaient la peine d'aller chercher ceux qui ont le pouvoir de faire exister le CLAT, pour qu'il existe, et ben il n'existerait jamais. On ne ferait jamais rien pour personne. C'est mon point de vue, c'est discutable.

1780

Nico : merci, je crois qu'on va s'arrêter là, merci au nom d'Isabelle et Cécile pour cet entretien.

Cécile : merci à vous

Nico : Cécile et Isabelle vous tiendrons au courant de leurs conclusions, et puis sont à votre disposition si vous voulez prendre leurs coordonnées.

FG 2 Remplacants

Animateur : Thomas Querrioux

Co-animatrice : Cécile Flye Sainte Marie

Observatrice : Isabelle Querrioux

Participants : Médecin n°1 : M1-homme, médecin n°2 : M2 – homme, médecin n°3 : M3- homme, médecin n°4 : M4 – homme, médecin n°5 : M5 – femme.

5

Thomas : On va commencer par parler des difficultés que vous avez eues ou des exemples de patients précaires que vous avez rencontré pour essayer de constituer votre image de la précarité, voir un peu quel est votre rapport aux organismes sociaux, aux partenaires sociaux et essayer d'en tirer éventuellement une image globale de vos difficultés au quotidien et des solutions concrètes que vous souhaiteriez apporter. L'idée de départ ça va être que vous nous donniez des exemples de patients précaires ou de difficultés qui pour vous sont typiques de votre exercice, votre confrontation à la précarité au quotidien. C'est parti !

15

20

25

M2 : Pas forcément des choses spécifiques aux remplaçants, c'est le médecin généraliste ?

30

Cécile : Non, non, c'est dans la pratique quotidienne de médecine générale. Ça peut prendre un peu de temps pour se mettre dans le sujet, pour réfléchir, mais y a pas de problème on peut prendre notre temps pour entrer dans le vif du sujet.

35

M1 : Et justement, précarité, on entend précarité dans le sens très général du terme ? Ou santé et précarité ? santé précaire ?

Thomas : C'est à toi de voir.

40

M5 : c'est intéressant que chacun d'entre nous apporte une définition.

Cécile : Voilà, exactement. En fait c'est toutes les formes de précarité sont intéressantes pour nous, c'est vous, ce que ça vous évoque dans le quotidien, parce que ça peut être très très vaste, en fonction des expériences de chacun.

45

Thomas : C'est pour ça qu'au départ, tu pars de l'exemple qui te vient en tête, de la dernière fois ou d'une fois qui t'as marqué, d'un patient ou d'une difficulté.

50

M2 : Moi, le cliché du précaire tel que j'y pensais avant de venir, c'est par exemple le toxicomane. Superficiellement. Ensuite, ça peut être une personne âgée qui peut avoir un état de santé précaire.

55

Thomas : Tu parles du toxicomane, pour toi il est précaire pourquoi ?

M2 : Parce qu'il est désocialisé. Et puis parce que son état de santé se dégrade souvent dans la foulée.

60

Thomas : Tu parles de deux choses : de désocialisé et aussi de la santé.

65

M2 : Oui. Mais je pense qu'il ne faut pas essayer de trop catégoriser parce que c'est vraiment un tout, c'est un ensemble de toxicomane.

70

M5 : Moi je ne suis pas d'accord. La toxicomanie je ne la mettrais pas dans la précarité. Parce que t'as des toxicomanes qui ne sont pas précaires, qui ne sont pas dans la situation précaire. On en parle d'ailleurs beaucoup dans l'actualité, beaucoup de cadres toxicomanes.

75

M2 : Oui, c'est vrai, moi j'ai le cliché de l'héroïnomanie quoi, mais c'est vrai qu'il a des toxicomanes qui ne sont pas forcément...

80

M5 : Moi c'est bizarre, ce n'est pas au premier patient que j'aurais pensé. J'aurais plutôt pensé à une catégorie /

Thomas : Les toxicomanes qui ne sont pas précaires, ils ne sont

10

pas précaires pourquoi ?

85

M5 : Ben au niveau social, je veux dire au niveau de sociabilisation entre guillemets. Ils sont très bien intégrés à la société, comme les gens que je viens de donner, les cadres qui, enfin on rencontre quelques cadres, ils sont de plus en plus toxicomanes, notamment l'héroïne leur permet d'être un peu plus...

90

M2 : La cocaïne tu veux dire ?

95

M5 : Oui, la cocaïne pardon, leur permet d'être un peu plus... comment dire...

M1 : Productifs.

M4 : Efficaces.

M2 : Efficaces.

100

M5 : oui, productifs, efficaces, apportant les chiffres qui pourraient éventuellement leur éviter la précarité au niveau de l'emploi.

105

Thomas. D'accord. Donc la précarité, toi tu la situes plutôt au niveau de l'emploi.

110

M5 : Oui, moi je la situe plutôt au niveau de l'emploi, au niveau de notre société, à savoir, une personne qui a un toit et qui se retrouve SDF par exemple, pour moi me fait partie des gens à situation précaire. Un SDF, une personne qui a perdu son emploi, qui n'a plus accès après au système de soin classique, notre système de soin.

115

M3 : Oui, mais du coup on ne les voit pas. Enfin ça dépend aussi du type de cabinet, mais globalement, c'est vrai que moi je fais ma thèse avec les télé-déclarants, c'est à peu près la même chose que vous mais c'est la parole de patients sur les problèmes rencontrés face au système de soin, et je remplace au fin fond de la campagne, en foyer rural /

120

Thomas : J'ai raté ça en fait, au départ on aurait pu faire un tour de table où vous précisiez les pratiques. Mais vous pouvez le faire quand vous intervenez.

125

M3 : Moi j'ai une pratique assez variée, je fais SOS médecins et tout ça, et finalement, quand j'ai reçu votre questionnaire j'étais embêté parce que je suis sensibilisé à ça, parce que justement je fais ma thèse sur ce sujet donc je m'y suis intéressé, mais en pratique courante, dans les gens qui viennent au cabinet, globalement, j'ai peu de situation. Oui, il y avait des gens précaires, qui étaient au chômage, Etc. Mais la plupart avait la CMU, il y a quand même cette couverture là qui fait que... lundi je remplaçais à la campagne, il y a un camp de gitans à côté, donc ils sont tous venus me voir, ils ont plombé le planning de l'après-midi, c'était « Toc toc, est-ce que je peux avoir un rendez-vous ? » ! Ils avaient tous la CMU, donc un accès aux soins, donc voilà, ils y vont, on peut leur donner des médicaments, y a pas de soucis au niveau des financements et tout. Alors, ce sont des populations qui sont dites précaires /

140

M5 : Ah oui, ben moi je les aurais pas mis non plus tu vois.

145

M3 : ça dépend. Mais dans le sein de la communauté, oui, il y a des gens qu'on pas couverture sociale. Mais là je voyais bien dans leur demande, je leur prescrivais des médicaments qui vont pas être pour eux, qui vont être pour les autres personnes... Mais effectivement, tout ce qui va être couverture sociale, j'en n'ai pas vu tant que ça.

- 150 Thomas : Toi M5, tu as vu beaucoup de personnes dans ton activité qui n'avaient pas de couverture du tout, pas de CMU ?
- M5 : Oui, oui, en fait c'est dur de dire là maintenant, mais il m'est arrivé, ça fat 12 ans que je remplace, j'ai remplacé en rural, semi-rural, à Vandoeuvre, mais il m'est arrivé, c'est pas légal mais bon, il m'est arrivé d'avoir des familles dont certains étaient connus du cabinet, suivis par le cabinet, ayant accès au système de soins, ayant la CMU ou les moyens d'avoir une consultation et les médicaments par le système de soins, et nous amenant, un ami à eux, ou un membre de la famille qui s'est retrouvé dans une situation, et d'être amené à faire passer la consultation /
- 155 M2 : Sur la carte de l'autre.
- M5 : Voilà. Ça, j'avoue que je l'ai déjà même si je sais pertinemment que je ne devrais pas le faire, mais bon. Maintenant, il est vrai que j'ai posé des tas de questions avant de m'engager dans cette voie là. Quand on nous dit « Je vous apporte ma sœur qui a divorcé récemment, elle se retrouve sans toit, je la loge que quelque temps chez moi, elle n'a plus de protection sociale, pour la Sécu elle n'existe plus », elle arrive, elle a besoin de soin. Qu'est ce que je fais ? Je vais pas lui dire je vous prescris /
- 160 M2 : Mais ça, ça t'arrive quand même rarement ?
- M5 : C'est rare, mais c'est déjà arrivé.
- 165 Thomas : et finalement quand ça t'arrive tu as les solutions pour la prendre en charge cette personne ?
- M5 : Oui, on y arrive. Je veux dire, il y a quand même ta conscience professionnelle qui intervient. Tu as une bM4ce devant toi tu dis « Je ne vais quand même pas la renvoyer chez elle ! ».
- 170 M2 : est-ce que je suis rigide et je vais au conflit ou est ce que je lui file juste un coup de main ?
- 175 M5 : Non, c'est même pas le conflit, c'est que je me dis « Je ne vais quand même pas rester indifférente et lui dire : Vous avez telle pathologie, mais vu que vous n'avez pas de carte vitale, de protection sociale, vous n'avez rien je ne peux pas vous faire de prescription médicamenteuse. »
- 180 M2 : Au pire tu lui fais une feuille de soins.
- M5 : Oui, au pire je lui fais une feuille de soins...
- 185 M1 : Et puis le petit jeune de bonne famille qui va se faire un rail de coke une fois par mois, moi j'en n'ai jamais vu.
- M2 : Ou il ne te le dit pas quoi !
- 190 M1 : Oui voilà, sauf si après ça dégénère.
- M5 : j'ai eu un cas comme ça, un seul cas. Qui est venu d'ailleurs pour m'annoncer ça parce qu'il avait envie de me le dire. (rires dans la salle) Oui et puis je l'ai revu un mois après et il m'a dit « je suis toujours dedans ». Bref, il était juste venu me dire ça. Mais pour revenir à la précarité c'est vrai qu'il y a d'autres exemples. Le cas par exemple d'un couple de personnes âgées qui vit à Vandoeuvre, dont le mari est décédé tout récemment. C'est un couple de personnes âgées qui vit dans une maison, mais dans un état, moi j'aurais jamais cru que ça pouvait encore exister ! Le plancher on met le pied dessus, on a le pied qui s'enfonce, le lit est installé dans la cuisine, c'est les anciennes cuisinières à charbon qui fonctionnent encore. Donc ils ne vivent que dans un seul étage, dans une seule pièce. Il y a la cuisinière à charbon, le lit où seul le mari dort dedans, et sa femme dort dans une espèce de chaise semi-pliante, en position semi-assise. Elle est hémiplégique, lui, insuffisant respiratoire chronique post-tabagique. A chaque fois c'était difficile sur difficulté pour l'hospitaliser, et puis refus de déboursier un
- 200 M2 : Enfin je sais pas, moi, je n'ai jamais eu de SDF par exemple, en tous cas il n'y a personne qui me l'a dit, parce que je pense que c'est pas forcément le genre de choses...
- Thomas : Est-ce que tu en as eu et pourquoi c'était difficile de les prendre en charge ces personnes là ?
- 205 M5 : Pourquoi c'était difficile ? tu veux dire euh...
- Thomas : J'ai l'impression que dans le cas que tu nous as donné tu as trouvé des solutions.
- 210 M5 : Oui, parce qu'ils étaient toujours accompagnés d'une personne qui connaît bien le cabinet, qui nous connaît nous en tant qu'individu, qui sait bien qu'on ne va pas rester indifférent à ce genre de situation. Donc il y a quand même une discussion entre la personne accompagnant et la personne en détresse entre guillemets, et on essaie d'arranger la situation et on essaie de faire comprendre qu'il ne faut pas que ça se généralise, et que c'est une situation bien précise à laquelle on apporte une solution bien précise, on essaie de ne pas généraliser ce genre de prise en charge.
- 215 Cécile : Et en fait, là c'est vraiment une difficulté liée à l'accès aux soins. Mais après, il peut avoir d'autres difficultés, ce ne sont pas forcément que des patients qui n'ont pas l'accès aux soins en terme de couverture sociale, il y a d'autres formes que l'on peut rencontrer par rapport à d'autres types de précarité, qu'a commencé un peu à évoquer...
- 220 M1 : Moi, je voudrais juste revenir un peu sur les toxicomanes parce qu'au cours de mon expérience, j'ai rencontré quand même, dans cette catégorie de personne, je les ressentis quand même assez précaires. Alors, je ne sais pas, c'est peut être en fonction de la où on remplace, il y a certainement des différences, mais c'est souvent des gens instables au niveau familial, souvent une instabilité à ce niveau là où il y a des difficultés, souvent au niveau d travail, c'est un travail précaire, c'est de l'intérim, quand ils bossent, et au niveau de la santé, la toxicomanie entraîne d'autres soucis derrière. C'est vrai que là on a un peu les trois choses, l'emploi, la famille et la santé, et on a trois formes de précarité qui s'ajoutent, mais qu'on retrouve chez ces personnes là. C'est vrai que j'ai déjà vu des personnes d'un niveau social assez élevé et qui avaient ces problèmes là, mais au niveau proportion...
- 225 M2 : ça dépend peut être de la molécule tout simplement. Les héroïnomanes en général, sauf ceux qui sont bien substitués, bien réglés tout ça, mais les gens qui sont en difficulté... centime à chaque fois qu'il fallait acheter un traitement qui n'était plus remboursé, refus de se faire hospitaliser, refus de prendre une aide à domicile, donc quand on rentrait il fallait tout de suite ouvrir les fenêtres parce qu'il fallait aérer un peu la pièce, quand il fallait le déshabiller pour l'ausculter, la chemise allait presque partir en lambeaux parce que c'était la chemise de deux ans. Bref, tout ça pour dire que c'est une précarité qui n'a rien à voir avec les ressources financières moindres ou un niveau, comment dire... pas de soutien familial. Non, c'était une personne très très très économe qui a toujours vécu sur les économies et qui a d'ailleurs laissé un pactole pas possible à sa femme quand il est parti. Mais voilà, un isolement social incroyable qui a dégénéré sur des conditions d'hygiène terribles, avec un refus total d'aide, le couple n'acceptait que la voisine d'en face qui de temps en temps allait faire les courses, allait chercher les médicaments quand on passait faire les visites à domicile /
- 230 M2 : Donc là tu rentres dans la précarité de la personne psychiatrique quoi.
- 235 M5 : Non, non ! Il est pas psychiatrique !
- 240 M4 : C'est un choix de vie, c'est pas de la précarité.
- 245 M5 : c'est un choix de vie.
- 250 M1 : Et puis le petit jeune de bonne famille qui va se faire un rail de coke une fois par mois, moi j'en n'ai jamais vu.
- M2 : Ou il ne te le dit pas quoi !
- 255 M1 : Oui voilà, sauf si après ça dégénère.
- M5 : j'ai eu un cas comme ça, un seul cas. Qui est venu d'ailleurs pour m'annoncer ça parce qu'il avait envie de me le dire. (rires dans la salle) Oui et puis je l'ai revu un mois après et il m'a dit « je suis toujours dedans ». Bref, il était juste venu me dire ça. Mais pour revenir à la précarité c'est vrai qu'il y a d'autres exemples. Le cas par exemple d'un couple de personnes âgées qui vit à Vandoeuvre, dont le mari est décédé tout récemment. C'est un couple de personnes âgées qui vit dans une maison, mais dans un état, moi j'aurais jamais cru que ça pouvait encore exister ! Le plancher on met le pied dessus, on a le pied qui s'enfonce, le lit est installé dans la cuisine, c'est les anciennes cuisinières à charbon qui fonctionnent encore. Donc ils ne vivent que dans un seul étage, dans une seule pièce. Il y a la cuisinière à charbon, le lit où seul le mari dort dedans, et sa femme dort dans une espèce de chaise semi-pliante, en position semi-assise. Elle est hémiplégique, lui, insuffisant respiratoire chronique post-tabagique. A chaque fois c'était difficile sur difficulté pour l'hospitaliser, et puis refus de déboursier un
- 260 M2 : est-ce que je suis rigide et je vais au conflit ou est ce que je lui file juste un coup de main ?
- 265 M5 : Non, c'est même pas le conflit, c'est que je me dis « Je ne vais quand même pas rester indifférente et lui dire : Vous avez telle pathologie, mais vu que vous n'avez pas de carte vitale, de protection sociale, vous n'avez rien je ne peux pas vous faire de prescription médicamenteuse. »
- 270 M2 : Au pire tu lui fais une feuille de soins.
- M5 : Oui, au pire je lui fais une feuille de soins...

- 300 M2 : Pour moi, soit il est psychiatrique, il ne parle qu'à la voisine d'en face, il ne veut pas user un centime, il ne parle à personne, il a des canapés, des lits et des choses qui ont 200 ans, et c'est pas complètement normal, soit finalement c'est pas de la précarité, c'est un mode de vie et un choix.
- 305 M4 : La situation n'est pas dangereuse pour le patient.
- 310 Thomas : Ce n'est pas gênant que tu considères ça comme de la précarité, ce qu'il faut que vous gardiez en tête c'est « OK, face à un patient comme ça, j'ai des difficultés, quelles sont-elles ? Comment je trouve des solutions ? Ou est-ce que je les ai ou pas ? Qu'est ce que je trouve difficile quand je suis face à un toxicomane par rapport à un patient ordinaire ? Qu'est-ce que je trouve difficile quand je suis face à un patient psychotique qui ne veut pas qu'on le soigne et qui est crado ? ».
- 315 M2 : Déjà, s'assurer que ce que l'on va lui prodiguer, des médicaments ou des conseils, que les médicaments soient pris ou que les conseils soient suivis. Et ça on n'en est jamais sûr.
- 320 (silence) Est-ce que vraiment vous vous êtes retrouvés en consultation dans une situation vraiment d'impasse ? (s'adresse à tous)
- 325 M3 : ben moi ça m'est déjà arrivé de... J'ai un exemple d'une personne âgée, il devait avoir 72 ans, qui a des ressources, une petite retraite, ça femme a une petite retraite aussi, elle a la maladie l'Alzheimer, elle est dans la maison de retraite publique du coin, sachant qu'ils paient quand même environ 1500€/mois. C'est la maison de retraite publique. Et donc je lui fais son renouvellement de traitement et il me dit « Non, celui là vous me le mettez pas, est-ce que j'en ai vraiment besoin ? », parce que en fait avec les franchises médicales, en plus ça femme était tombée donc il y avait eu un gros transport pour l'emmener, avec les franchises il se retrouvait, sur son budget santé et médicament, c'était déjà vraiment limite, pour tout payer, donc ça lui mettait en plus, et il avait suffisamment de revenus pour ne pas avoir la CMU et les trucs comme ça, il est juste au dessus du plafond manifestement et du coup ben lui, pour vivre tout seul ça lui posait une difficulté parce qu'il devait payer les franchises. Et c'est un patient qui a besoin de médicaments quoi ! Je sais plus exactement ses antécédents mais mine de rien ça faisait pas mal de boîte par mois. Et il commençait à me dire « Celui là, est-ce que j'en ai vraiment besoin ? » donc on a du le discuter. Moi je me suis arrangé pour que quand ça femme est à la maison de retraite et que je vais la voir je ne compte plus de visite, je compte une consultation parce que ça mutuelle lui coûtait trop cher, donc pareil il a rogné son budget mutuelle, donc il était moins bien remboursé, enfin c'est un cercle vicieux pour lui. Donc voilà, j'allais à la maison de retraite, je m'arrangeais, je comptais une consultation, pas une visite et on faisait tout le temps comme ça. Et lui en l'occurrence, je ne sais pas quelle est sa vie sociale mais il a des revenus et il a du mal à suivre avec cette nouveauté, avec ces remboursements progressifs, donc on a fait le tri mais tous les médicaments qu'il y avait sur son ordonnance, il n'y avait rien en trop.
- 340 Thomas : Donc finalement tu étais face à une difficulté de prise en charge et ta réponse a été /
- 345 M3 : Ben ma réponse a été de m'arranger, et puis...
- 350 Thomas : Et finalement de prendre sur toi, et quelque part de faire des actes gratuits.
- 355 M3 : Oui, plus ou moins oui. Ou en tous cas de ne pas coter comme le voudrais le truc.
- 360 M2 : Tu as fait un tiers payant ? Tu as fait comment ? Ensuite, les franchises tu pouvais rien faire.
- 365 M3 : Par rapport aux médicaments on a recadré ça, par rapport à sa femme on lui fait tout en tiers payant, et puis on lui fait que des consultations.
- 370 Thomas : Est-ce que c'était la seule réponse possible ?
- 375 M3 : Ben, c'est pas évident parce que cette personne là en l'occurrence, de dire à une personne « J'ai pas d'argent, ça commence à être dur », c'est un truc qui n'est pas évident à franchir. C'est une forme d'humiliation, donc oui, ce monsieur j'ai pas été très loin pour l'interroger sur ces ressources et tout parce que toutes façons il était blessé, il était là « Comment je vais faire, comment je vais faire ? ». Mais c'est pas évident, en plus moi voilà, en tant que remplaçant, même si parfois ç peut avoir certains avantage pour poser des questions, que finalement la personne qu'il voit depuis quarante ans ne posera plus ou auxquelles elle ne fera plus attention, mais la seule solution que j'ai trouvé c'est une discussion, essayer de recadrer et d'améliorer un peu, enfin d'essayer de diminuer ce qu'il a à payer sur les ordonnances, et par rapport aux actes, avec sa femme en maison de retraite. Enfin, c'est d'adapter un peu la pratique comme ça. Et le fait d'en discuter c'est aussi un truc qui lui faisait du bien. Après, d'un point de vu financier, ça change rien.
- 380 M5 : C'est un patient que tu vois tous les mois ? Vous ne pouvez pas éventuellement faire des renouvellements.
- 385 M3 : Non, il vient tous les deux mois.
- 390 M5 : Faire des traitements plus longs si...
- 395 M3 : Ben après c'est... enfin tu vois, moi je remplace là, je lui proposerais de... mais bon lui il aime bien voir... les patients sont habitués comme ça.
- 400 M2 : et puis avoir autant de médicaments, même si tu mets « A renouveler trois fois », la franchise c'est...
- 405 M5 : Non, maintenant tu as des boîtes de trois mois.
- 410 M2 : Ah oui !
- 415 M4 : Il y a un autre truc aussi, c'est les services sociaux. C'est vrai que par rapport à ça on n'est pas du tout formés sur les recours précis des services sociaux. ça marche bien quand les gens ont des difficultés financières quelle quelles soient. /
- 420 M2 : Tu appelles où ?
- 425 M4 : Tu appelles le CMS, c'est le centre médico-social, le plus proche de l où tu te situes en fait. C'est pas compliqué à trouver. Y a ça et puis le Conseil général, tu appelles directement le Conseil Général et tu leur dis que tu cherches une assistante sociale, tu leur explique la problématique. Les Conseils Généraux, ça relève de leurs prérogatives ces choses là.
- 430 Thomas : Ces infos tu les as eu comment ? Par qui ?
- 435 M4 : Parce que je connais une assistante sociale.
- 440 Thomas : Et quels sont tes rapports avec les services sociaux ?
- 445 M4 : je suis remplaçant depuis 2005, dans des zones rurales, semi-rurales, je n'ai pas fait la banlieue, j'ai fait du rural profond, de l'urbain très centralisé, en centre ville, avec M1 on remplace un médecin qui voit beaucoup de toxico en fait. Et c'est vrai que pour la précarité, y a des patients pour lesquels on se dit « Zut, ils sont en danger », et on n'est pas sûr de les aider convenablement.
- 450 Thomas : Donc pour toi un patient précaire c'est un patient qui est en danger ?
- 455 M4 : c'est un patient qui est en danger. Pour moi la précarité c'est en danger, et pas forcément financier, parce que c'est pas véritablement un problème qui nous inquiète, c'est plus socioprofessionnel judiciaire. Mais c'est vrai que les toxicos, je reviens dessus, mais une fois j'ai reçu un patient toxicomane qui est arrivé complètement défoncé, que je voyais depuis plusieurs fois, qui me paraissait bien et qui faisait une rechute manifeste, et qui était complètement fermé et je ne savais pas quoi faire pour lui. Il est arrivé défoncé, je lui ai prescrit son traitement on a discuté un peu pour voir ce qu'il y avait et il est reparti pas bien, j'étais complètement démuni, je ne savais pas quoi faire pour lui. Je me suis dit « Il repart, il est dans la même situation de précarité ». Pour lui la précarité c'était la santé, c'était social, professionnel, judiciaire parce que qu'il pouvait se faire choper

- avec de la came. Là, le problème c'était que face à ce patient là je me suis dit « Qu'est-ce que je fais ? ».
- 460 M2 : Est-ce qu'on peut avoir recours à une HDT pour des problèmes de précarité, de cet ordre là ?
- 465 Thomas : C'est quoi une HDT ?
- Cécile : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers.
- 470 M4 : C'est une hospitalisation forcée, le patient n'a pas le choix quoi.
- M3 : Il y a un truc dont on peut parler aussi, c'est le manque de lit. Moi, je trouve que paradoxalement à la campagne on est moins embêté qu'à Nancy.
- 475 M4 : c'est rarement médical le problème je trouve. Médical ça va, on a les urgences, on a un souci, tu vas aux urgences, ça va.
- 480 M3 : Moi j'hésite quand même à bM4cer des patients aux urgences quoi !
- M4 : Moi, c'est un truc que je déteste faire, mais si on se dit que médicalement une personne est en danger on a toujours une solution.
- 485 M2 : Voilà, on le laissera pas mourir chez lui, y a les urgences qui existent.
- M4 : Il y a le SAMU et tout ça, même si on passe pour un con.
- 490 M5 : Oui mais es urgences, ils ne vont pas le prendre en charge tout de suite !
- M3 : Même si tu veux faire une hospitalisation libre en hôpital psychiatrique, pour trouver un lit... Même pour un patient qui n'est pas toxicomane. Ben tu peux t'accrocher quoi !
- 495 Cécile : En psychiatrie tu dis ?
- 500 M5 : Oh oui, c'est difficile.
- M3 : Oui, en psychiatrie. En médecine, finalement ça dépend, c'est assez aléatoire des fois, coup de bol tu as un lit et hop ils te le réservent et après tu es tranquille mais...
- 505 M4 : Quand tu fais une HDT ils sont obligés de te le prendre ?
- M3 : Ben HDT, il faut trouver un autre médecin, c'est toute une histoire !
- 510 M5 : Quoi que, ils sont assez indulgents maintenant, si tu arrives à faire ton certificat, ils attendent, tu négocies...
- M2 : Moi, je n'en ai fait qu'une mais...
- 515 M3 : Quand c'est un mec qui est en train de tout fracasser chez lui, bon qu'il est manifestement dément, d'accord. Mais des fois, il y a des cas qui sont un peu limite, moi je trouve que des fois, moi j'hésite à les envoyer à l'hôpital.
- 520 M2 : Moi c'était le cas. C'était un type qui était épileptique, un peu débile, qui habitait chez ses parents depuis une trentaine d'années et il était de plus en plus agressif avec ses parents jusqu'au jour où il a fait tomber son père, un peu involontairement, plus ou moins, mais il voulait quand même affirmer son autorité. On a fait une HDT parce qu'il voulait vraiment tout casser, c'était des patients que je connaissais depuis longtemps parce qu'ils étaient en stage, à l'endroit où j'étais en stage ils étaient suivis par le médecin en question. Son père est mort de cette chute là. Depuis il est resté là bas. Il y avait juste une fracture du col fémoral, je ne pensais pas qu'il allait mourir de ça mais ensuite il a fait une insuffisance rénale aiguë, des choses comme ça, des complications donc il y est resté. Et pourtant il avait été en HDT avant, donc a posteriori je me suis dit que j'avais bien fait, mais il y est resté, maintenant il est en séjour dans hôpital psychiatrique près de Verdun. Est-ce qu'on peut parler de précarité ? Peut-être que je m'éloigne un
- 540 Thomas : C'est peut-être la réponse à une difficulté...
- M3 : Le médecin que je remplace est aussi médecin à temps partiel dans un moyen séjour, à côté de Nancy, et donc je vois des patients qui... bon c'est pas tout à fait de la médecine générale mais un peu quand même dans la mesure où les personnes sortent d'hospitalisation d'un truc aigu, ils vont en moyen séjour. On voit clairement que les patients ils les ont basardé beaucoup trop tôt quoi !!! Enfin je ne sais pas, genre chaque semaine j'en bM4ce trois aux urgences, il y en a qui meurent sur la route, sur le chemin, elle était stable, ben en fait elle n'était pas si stable que ça, et puis on n'a pas de courrier, Etc. et chaque fois que j'y vais j'ai l'impression que c'est pire ! Je suis convaincu que, alors les gens passent deux heures aux urgences, ensuite on leur trouve un lit, on les met à l'hôpital, et il y a la pression derrière donc on les bM4ce en moyen séjour, ce n'est plus un moyen séjour, c'est un service de médecine sauf qu'on a un ECG qui ne marche pas, on ne peut pas faire de perfusion s la nuit parce qu'il n'y a pas d'infirmière.
- 550 M3 : Et c'est géré par des médecins généralistes ?
- 555 M3 : Et c'est géré par des médecins généralistes.
- M4 : Le problème sur les moyens et les longs séjours c'est que là, il y a des patients précaires, pourtant ils sont institutionnalisés et la difficulté c'est de se heurter aux institutions. (en même temps, Ouhaïda parle de 10 décès survenus dans une maison de retraite, d'infections nosocomiales suppose-t-elle)
- 560 M3 : Moi les cas que j'ai vu, c'est même pas les infections nosocomiales, c'est qu'ils sont bM4cés, c'est bon, moyen séjour et tout va bien.
- 570 M5 : Je te rejoins !
- 575 M3 : Et puis tu n'as même pas de lettre, ils se retrouvent comme ça. /
- 580 Thomas : Je crois que M4 avant commencé à donner un avis perso...
- M4 : Moi je trouve qu'il y a des patients vachement précaires dans les institutions ! Quand on va voir des personnes âgées, on ne les trouve pas forcément propres, on trouve des escarres qui n'ont pas été découverts par les équipes soignantes. On sait que c'est précaire, nous on est là, en plus quand tu es remplaçant c'est pire parce qu'on a une emprise sur le fait parce qu'on ne va pas forcément revenir, et nous, dire « Voilà, je trouve que ce patient n'est pas toujours bien lavé, bien pris en charge, est-ce que c'est normal qu'à cette heure ci il soit encore dans son lit ? », et derrière on sent que là c'est pareil, la situation on ne peut pas trop la changer. Quand on discute un peu avec les installés, ils courent tout le temps quand il font une visite là dedans, le système n'est pas organisé, en général quand ils viennent la visite n'est pas structurée, l'infirmière n'est pas là, les soignants ne sont pas là, il fait sa visite tout seul, il arrive, il pose le stétho, il fait sa feuille de soins une fois par mois, il encaisse. Et là, il y a une vraie précarité contre laquelle...
- 600 Thomas : je ne comprends pas bien. C'est des patients qui étaient précaires avant, qui sont précaires quand ils sont pris en charge ou tu as tous types de patients ?
- 605 M4 : Ben, il y a des patients sont dans un état précaire à domicile, ils sont précaires, ils ne peuvent plus rester chez eux parce qu'ils sont sous alimentés, ils sont sales, ils tombent, il faut les surveiller, etcetera, donc ils sont complètement dépendants, et une fois qu'on les place en institution, avec du mal déjà, mais une fois dans les institutions, on se rend compte qu'il y a encore des problèmes de précarité, où ils manquent d'effectifs, ils manquent de moyens, ils manquent de structuration, le système est mal organisé. Quand j'arrive, que je suis remplaçant et que je dois aller visiter des patients en maisons de retraite, je sais que ça sera de la médecine de merde !
- 610 M4 : Je sais que ça sera foireux, parce que je n'ai pas es moyens,
- 615

- parce que le dossier n'est pas clair, parce qu'on ne m'aidera pas. On ne va pas m'aider à connaître le patient, on ne me donne pas les derniers éléments, on me demande de renouveler le traitement d'un patient qui n'a plus de mémoire /
- 620 M2 : Faut tout chercher partout, parfois il est dans la salle de bains, on ne peut pas le lever, on ne peut pas l'allonger, on peut pas le déshabiller /
- 625 M4 : On ne peut pas l'examiner !
M5 : Tu n'as pas d'infirmière disponible.
- 630 M4 : Et là, c'est du jm'énfoutisme, on abandonne parce qu'on a un timing à respecter, faut qu'on retourne pour assurer les visites. On repart en se disant qu'on a fait une médecine de merde. Ça c'est terrible pour moi.
- 635 Thomas : Donc face à une difficulté tu as une solution qui n'est pas satisfaisante.
M4 : Non ! de temps en temps je râle, je mets un mot dans le dossier en disant que j'ai fait la visite tout seul, que l'infirmière n'était pas là, que c'est pas normal, en espérant que ça sera lu, parce que si c'est lu je n'en sais rien, je n'ai jamais eu de retour.
- 640 M3 : Après ça dépend des endroits aussi, la maison de retraite D. elle se débrouille pas mal mais il y a une infirmière quasiment pour une centaine de patients, donc en fait, elle passe sa journée à faire des pansements et distribuer des médicaments.
- 645 M2 : Oui, parce que la maison de retraite D. ça va encore. Enfin on ne va pas parler des institutions mais... C'était plutôt le long et moyen séjour tu disais ?
- 650 M3 : Le moyen séjour il y a du personnel, pour le coup il y a du personnel mais c'est le patient qui n'est pas [36 :08] . Je suis désolé mais ils ne sont pas stables. Enfin, il y en a un certain nombre qui sont sortis trop tôt de l'hôpital.
- 655 M2 : Et la maison de retraite, tu as déjà eu des soucis ?
M3 : La maison de retraite, oui, parce qu'il y a une infirmière et comme je te dis, elle pas ça journée, elle a une dizaine de pansements à faire, les médicaments pour cent personnes, enfin j'exagère un peu mais c'est à peu près de cet ordre là, donc voilà, c'est tout ce qu'elle fait.
- 660 Cécile : En fait toi M3, tu évoques plus les difficultés liées aux carences des services hospitaliers dans la communication avec les médecins traitants ou avec les structures gérées par les médecins traitants. Et des prises en charge limite en milieu hospitalier faute de moyens. Et toi M4 c'est des difficultés liées à l'environnement des patients en maison de retraite, lié aussi à des carences en termes de moyens et lié aussi à une mauvaise communication avec les médecins, une mauvaise coordination.
- 665 M3 : C'est pas uniquement médical en maison de retraite.
- 670 Thomas : Je me permets d'interrompre parce que je n'avais pas tout à fait compris ça. J'avais compris qu'en moyen séjour il y avait des moyens mais que les patients qui y étaient envoyés n'étaient pas adaptés au personnel, et en long séjour il y avait un manque de moyen /
- 675 Cécile : C'est une carence de l'hôpital en fait une carence de l'hôpital qui renvoie trop tôt en moyen séjour.
- 680 M1 : Qui ne règle pas la précarité qu'il y avait initialement en fait.
Cécile : C'est un manque de moyen hospitalier qui fait qu'ils renvoient en moyen séjour, et ensuite dans les moyens ou longs séjours type maison de retraite il y a d'autres carences dont les soins quotidiens aux patients, et dans les rapports aux médecins traitants, il n'y a pas de travail d'équipe qui permet de prendre en charge correctement les gens.
- 685 M4 : Une autre situation précaire qui pour moi est typique, je suis allé en visite pour un renouvellement, un patient complètement dépendant, alité, avec une épouse qui n'arrivait plus à assister les aides qui étaient déjà présentes, il y avait déjà des aides pas suffisantes, il y aurait pu en avoir et en fait l'épouse essayait de palier, elle était en situation de burn out, elle en pouvait plus et on sentait que c'était précaire parce qu'il y avait de la violence vis à vis du patient, la patiente demandait à ce qu'on la visite bien plus souvent et qu'on était dans une impasse dans le sens où la famille ne voulait pas s'en occuper, les hospitalisations n'étaient pas justifiées ni pour l'un, ni pour l'autre, que quand on voulait augmenter les aides ça bloquait parce que le groupage, le GIR faisait qu'ils avaient droit à tant d'aide et pas plus et ils ne voulaient pas financer plus ou n'avaient pas les moyens de financer plus, et on est dans une impasse. C'est une situation de précarité pour deux personnes sans aucune solution.
- 695 Thomas : Tu n'as trouvé de solution ? Ils sont restés comme ça ?
- 700 M4 : Aucune. C'est toujours le problème du remplaçant, on se sent encore plus impuissant dans le sens où j'ai remplacé une semaine, je les ai vu deux fois dans la semaine et c'est impossible de...
Thomas : Il n'y avait aucun partenaire social pour t'aider ?
- 710 M4 : Alors là j'ai vu... à la deuxième visite la fille était là parce que ça commençait vraiment à chauffer, et d'ailleurs je crois qu'elle m'a fait une insuffisance cardiaque l'épouse et j'ai dû l'hospitaliser. Mais pour le côté social, j'ai discuté avec la fille pour qu'elle voit l'assistante sociale et qu'elle refasse une demande de réévaluation du plan APA, mais après je ne sais pas ce qu'il s'est passé. Le problème c'est que nous les remplaçants, on a l'impression d'être confronté, soit à une incompétence, soit à... Enfin, j'ai l'impression que les installés qu'on remplace, ils ne sont pas forcément compétents, ils ne savent pas forcément tout ce qu'ils pourraient faire et du coup ça n'avance pas, ça ils sont débordés par le travail, soit ils ne se rendent pas compte de la situation, soit malheureusement ils s'en foutent un peu.
- 715 Thomas : Ils ne se rendent pas compte de la situation parce qu'ils connaissent les gens depuis longtemps et qu'ils laissent les situations s'installer ?
- 720 M4 : Oui, oui oui. Ils se font dépasser par les événements parce que c'est le train-train, ils ont l'habitude de venir, ils ne se rendent pas forcément compte des petits points derrière, et c'est vrai que moi très souvent quand je visite des personnes âgées j'ai l'impression d'être plus alarmiste que le médecin traitant, je parle souvent de leur perte d'autonomie, je leur dis « Est-ce que vous avez pensé à ce que vous allez faire après ? ». Ils sont déjà dans une situation un peu précaire, on se dit « Tiens, ils sont tout seul. Ou ils sont deux mais y en a un qui s'occupe complètement de l'autre, si jamais celui qui s'occupe de l'autre fait un incident de santé, qu'est-ce qu'on va faire de la personne dépendante ? ». Ça c'est des situations précaires et pour lesquelles rien n'est prévu. Alors qu'est-ce qu'on fait en général, enfin en général, moi ça ne m'est jamais arrivé mais bon, on bm4ce les deux aux urgences, c'est pas une solution parce qu'on hospitalise les gens, on les met dans un milieu qui est hostile.
- 725 M5 : Tu arrives à hospitaliser les deux en même temps toi ?
M4 : Moi, je n'ai jamais fait moi, mais je l'ai déjà pris en charge quand je travaillais à l'hôpital en temps de stage, j'ai déjà eu des couples oui.
M5 : Sérieux ?
- 730 M3 : Oui, ça m'est arrivé aussi.
M4 : heureusement parce que sinon, dans ce cas, pour ces problèmes sociaux là /
- 735 M5 : Mais là tu as quoi comme lettre de la part du médecin ? Il t'explique gentiment et voilà.
M4 : Oh il t'appelle, ça se fait par téléphone.
- 740
- 745
- 750
- 755
- 760
- 765
- 770

- 775 M3 : C'était au CHU ?
M4 : C'était à Lunéville.
M3 : Moi c'était à Sarrebourg. A Barledeuc ils font ça aussi.
- 780 Cécile : En fait ça veut dire qu'en amont, souvent dans vos expériences de remplacement, les situations sociales ne sont pas considérées dans leur globalité en terme d'autonomie et de droit des gens ? (M4 : ne sont pas gérées.) Et donc il n'y a pas de décisions prises en amont et on arrive forcément à des situations...
- 785 M4 : Les situations sont mal évaluées je pense, et derrière il n'y a aucune anticipation.
- 790 M2 : Tu as eu l'occasion de discuter avec les médecins ?
M4 : Oui, ils te disent tous que... alors oui, si tu creuses tu te rends compte qu'il y a un dossier qui est fait pour la maison de retraite, tu te rends compte que le médecin à déjà contacté l'assistante sociale, mais finalement... et puis des fois les médecins n'ont rien fait.
- 800 M2 : Oui mais souvent, quand tu en parles, eux aussi ils rencontré des difficultés, eux aussi ils ont essayé de faire telle ou telle chose, eux aussi ils se sont retrouvés un peu dépourvus. Rarement je me suis, enfin je ne sais pas, peut être qu'on n'a pas remplacé les mêmes médecins mais rarement je me suis dit « celui là il est incompétent ».
- 805 M4 : Ce n'est pas uniquement dans le mauvais sens du terme. Il y a des choses sur lesquelles je suis incompétent.
M5 : Ils sont plus souvent débordés.
- 810 M4 : Juste sur la question de la dépendance il y en a qui ne savent pas qu'il y a des services sociaux, des structures, qu'on peut faire des demandes.
- 815 M3 : Mais les services sociaux/
M2 : Moi je suis sûrement incompétent parce que sur la consult' quand t'en a 30 à voir dans la journée, que tu vois les gens pour la première fois, (M4 : Oui, moi aussi !) que tu ne connais pas leur dossier médical et qu'il n'y a pas de chapitre social. Sur les aides, dans les dossiers médicaux tu n'as pas ça. Donc tu te retrouve finalement à te dire « bon, il attendra bien un mois de plus ». Parce que quand tu as 20 personnes à voir dans l'après-midi en un quart d'heure tu ne peux pas te permettre de te dire « Bon, je suis dans une vile que je ne connais pas, il y a bien un bottin, aller chercher la secrétaire, ouvrir le bottin, trouver une assistante sociale et « Bonjour je voudrais parler à l'assistant social au sujet d'un patient que je connais à peine ».
- 830 Thomas : Je crois que là, vous faites état de difficultés spécifiques aux remplaçants.
M4 : Finalement ça concerne aussi les installés en fait.
M2 : Mais du coup qu'est-ce qu'on fait ? Ben on essaie de trouver un petit palliatif pour que, je n'ai pas honte de le dire, pour que ça aille jusqu'au bout [43 :12]
- 835 M4 : Un petit Lexomil et hop !
M2 : Non non, quand même !
- 840 M5 : Moi souvent j'essaie d'appeler la famille. C'est vrai que quand je remplace et que je ne connais pas les patients, notamment des personnes âgées qui se trouve en situation à ce que vient de dire M4, j'appelle, on me donne le nom et prénom de la fille et j'appelle un membre de la famille. J'essaie de voir si la famille est au moins au courant de la situation, si je n'ai pas d'information médicale ou sociale dans le dossier. C'est vrai que des fois la famille, quand ils sont dans les parages ça va, j'arrive à peu près à les convoquer et à discuter avec eux et leur expliquer la situation, des fois ils bougent, même plus rapidement que les assistantes sociales, et voilà, c'est une petite possibilité à laquelle j'ai souvent à faire.
- 855 M2 : Oui, mais la famille va bouger ponctuellement mais /
M5 : Oh non, quand tu mets un certain ton en disant que c'est grave, que là c'est limite, il faut essayer de trouver les arguments pour (M2 : Il faut les mobiliser), et je peux t'assurer que des fois oui. Alors des fois tu as la fille qui n'était pas mise au courant plus ou moins de la situation, qui va appeler son frère pour qu'il bouge, alors finalement ça fait effet boule de neige. Je trouve que ça avance bien. Tu convoque une personne, pas toute la famille.
- 860 M2 : et puis eux, ils peuvent mettre la pression, éventuellement quand il y a une demande, quand le médecin traitant s'en est occupé, ils disent « oh ben avec le docteur Bidule que vous remplacez j'ai jamais discuté de ça. – Et bien vous en discuterez quand il reviendra. », et ça aussi ça déclenche un peu, parce quand tu es médecin, que la famille vient te voir en disant « Comment ça se fait qu'il n'y a pas d'aide ? », ben là il enclenche tout ça.
- 875 M5 : Oui, tout à fait !
Thomas : On est à peu près à la moitié de l'entretien, on a parlé de vos difficultés, de la précarité, ce que j'ai retenu c'est que vous avez bien évoqué les trois volets : les problèmes de prise en charge, les problèmes de santé des patients, spécifiques, et les problèmes d'isolement social. Toi, M4, tu as beaucoup parlé des partenaires sociaux, les autres finalement, de ce qu'il sort, toi (M5) tu me parles de solutions liées à a famille plutôt, les partenaires sociaux, vous les connaissez ? Comment vous travaillez avec eux ? Est-ce que votre seule solution c'est l'hôpital ?
- 880 M4 : moi, par exemple, avant de laisser es autres parler, c'est que j'ai eu une fois un SDF qui est venu au cabinet en me disant « Je ne sais pas où dormir ce soir. ». C'est tout. Juste ça.
- 885 M2 : L'hiver ?
M4 : Non, pas forcément. « Je ne sais pas où dormir ce soir. »
- 890 M2 : Tu as fait comment ?
M4 : J'ai appelé le CMS ! Ils m'ont dit « OK, pas de problème ». Le problème c'est que c'était dans les heures ouvrables. Parce que les CMS, bon en dehors des heures ouvrables, « ma cache ! » quoi. Si ça avait été après, je n'aurais pas su quoi faire.
- 900 M1 : Moi, je n'ai jamais été confronté à une situation comme celle là, donc je n'ai pas eu à contacter de CMS.
- 905 Thomas : Donc c'est le reflex du SAMU social.
M1 : Ben après avoir fait... (montre M4), si je ne suis pas en heures ouvrables...
- 910 M5 : Moi j'ai eu une fois, le SAMU social est venu au cabinet, ils sont venus le chercher. Ils sont venus chercher le patient.
Thomas : Et ça s'est bien passé ?
- 915 M5 : Très bien !
M4 : ça s'est réglé en cinq minutes ? Tu as fait e 115 SAMU social et ils sont venus ?
- 920 M5 : oui, oui, le 115, ils sont venus oui.
M4 : Il était quelle heure ?
- 925 M5 : Dans l'après-midi, en plein après-midi.
M4 : C'est moins possible la nuit je crois.
- 930 M2 : Le 115 couvre toute la France ?
M5 : Je ne sais pas, j'ai fait le 115. C'est une bonne question, je ne sais pas.

- M2 : Comme ça, en se disant « On va tenter quoi ? »
- 935 M5 : Oui. Enfin non, c'est ce que disait (montre M4) ...
- M1 : Toutes façons le 115 ça doit être centralisé je crois. 1015
- M2 : Comme le 112 !
- 940 M1 : Je pense que ce n'est pas un bureau à côté de « Accueil et bonheur » ! C'est le 115 quoi ! 1020
- M5 : Enfin bon, ils sont venus tout de suite, je les ai eu dans les cinq minutes /
- 945 M2 : C'est un assistant social qui est venu le chercher ? 1025
- M5 : Je t'avouerais que...
- 950 M2 : Je serais curieux de savoir dans quelle structure il l'a amené et puis... 1030
- M5 : ils ont discuté cinq minutes avec lui, moi pendant ce temps là je les ai mis dans une pièce à côté et puis en dix minutes l'affaire était réglée, ils ont frappé à ma porte en me disant « Voilà, on le prend avec nous, il est d'accord ». / 1035
- M2 : Ah, je vais le mettre dans mon téléphone ! (rires dans la salle)
- 960 M5 : Non, ça s'est bien passé. C'est vrai que... / 1040
- M4 : Globalement, on manque, enfin on a l'impression qu'il n'y a pas d'outils qui existent. Je crois qu'on a le même problème du côté psy, autant pour le médical on sait qu'on peut bm4cer aux urgences et ça va, pour le psy c'est pas évident, mettre les personnes aux urgences ça ne marche pas pour le psy. 1045
- 970 M2 : Et puis autant pour le médical on est formé, on a une conduite à tenir. Autant pour les problèmes on est un peu dépourvu, que ça soit pour une personne âgée, un psy, un SDF, un toxico, un dépendant, chaque histoire est différente. On se dit « Ben merde, qu'est-ce que je vais faire pour lui avec / 1050
- 975 M4 : le bagage qu'on a surtout 1055
- M2 : avec le bagage qu'on a, avec ce que j'ai dans ma mallette ? »
- 980 Thomas : Tu n'as pas d'interlocuteur social ? Tu n'as pas une assistante sociale, tu n'as pas / 1060
- M2 : En général j'y arrive quand même, rarement je me trouve dans une situation d'urgence. Moi c'était plutôt des choses qui glissent un petit peu, donc quand je remplace un médecin je me fais une fiche et à la fin de la semaine je fais le point sur le patient avec le médecin, en demandant un peu ce qu'il faut faire, ou ça m'est déjà arrivé d'appeler la famille surtout pour les personnes âgées et tout ça. Mais j'aurais voulu quand même parfois pouvoir rapidement, avec un numéro unique en dehors des heures ouvrables pouvoir être constructif moi-même plutôt que, entre guillemets, refiler le bébé au médecin qui le connaît depuis plus longtemps. 1065
- 985 M4 : Voilà. 1070
- 990 M5 : Mais l'urgence reste toujours hospitalière quoi en fait. On se rabat toujours sur l'hôpital où là déjà il y a une certaine précarité. 1075
- 995 Cécile : Donc qu'est-ce qu'il manque dans ta mallette ? Thomas : Un numéro. 1080
- M2 : Le 5212 ! Par exemple ! Un numéro unique où on peut appeler partout, avec au moins quelqu'un pour nous renseigner /
- 1000 M4 : Pas nous renseigner, pour le prendre en charge quoi. Qu'on puisse filer le bébé, parce que c'est vrai que... 1085
- 1005 M2 : Oui, c'est vrai, pas que nous, on refiler le bébé ! M4 : Mais si, refiler le bébé, c'est tout ! 1085
- Thomas : Donc toi (M2) tu n'as pas eu trop affaire aux services sociaux, et toi (M4) /
- 1010 M4 : Moi, la PMI une fois, je vais encore donner un exemple ! Thomas : Et ça se passe comment ? M4 : Une jeune maman qui m'appelait parce qu'elle venait d'avoir des jumelles, abandonnée par le papa, elle était toxico, elle est rentrée à la mat', elle est sortie, elle était sous traitement substitutif, toute seule, elle avait toujours vécu avec sa mère, elle a investi un appartement nouveau, et elle était toute seule. Et elle m'a appelé en évoquant la toux d'un bébé et en fait c'était pas ça, elle était en pleine détresse parce qu'elle n'en pouvait plus. Elle avait peur de secouer es enfants, etcetera etcetera. Donc elle était déjà suivie par la PMI donc on a appelé la personne qui s'occupait d'elle au niveau de la PMI, et j'ai géré comme ça. J'ai appelé aussi sa maman pour voir si elle ne pouvait pas la soulager, lui permettre de souffler, de s'occuper des bébés mais la maman ne voulait pas. La PMI n'avait pas véritablement de solution si ce n'est le fait de mettre en place des travailleurs sociaux pour l'aider un peu, la soulager des bébés, garder les bébés deux ou trois heures. Mais elle, elle avait besoin d'avoir un week-end. Thomas : Tu dis qu'ils n'avaient pas de solution, ils te l'ont dit comme ça, « On ne sait pas trop quoi faire » ? M4 : Tout de suite là, si, ils ont dit « On va venir, on va passer la prendre, mais tout de suite ça va pas », hors la demande elle était express quoi ! Elle me disait « Là, ça ne va pas du tout du tout. ». Thomas : Finalement la PMI n'a pas répondu à ta demande. M4 : Alors, elle ne m'a pas répondu immédiatement. J'ai trouvé des paliers, j'ai appelé la chef de service du service de pédiatrie de Lunéville, qui a accepté de faire une hospi'. Docteur R., je suis passé en stage là-haut donc voilà, j'ai un bon relationnel, si j'avais été un autre médecin ça ne ce serait peut être pas bien passé. Je lui ai dit que j'avais un soucis, qu'il n'y avait pas de maltraitance, que c'était apparemment une bonne maman mais que ça serait bien de faire une hospitalisation pour soulager la maman. Elle m'a dit « Pas de problème, tu me l'envoie, on s'occupera des deux bébés avec elle et la maman elle est tranquille, elle fait ce qu'elle veut, elle peut dormir là, partir. » M2 : Et si moi par exemple j'ai besoin de baby-sitting... !!! (rire général) M4 : D'ailleurs, il y a eu après un relais avec la PMI qui a fait la suite de la prise en charge. Immédiatement c'est plutôt l'hôpital et derrière il y a quand même le côté social qui s'est mis en branle. Thomas : C'est une solution maison quelque part. M4 : Voilà. M5 : Mais l'urgence reste toujours hospitalière quoi en fait. On se rabat toujours sur l'hôpital où là déjà il y a une certaine précarité. M4 : Mais il y a des structures pour ça. Moi je connais parce que j'y ai un pied mais il y a des structures. L'assistante sociale que je connais, à Verdun, prend des astreintes, la nuit et le week-end, il y a une personne présente pour gérer, alors c'est plus des placements d'enfants en danger, c'est pas vraiment pareil, mais ils peuvent gérer des placements en urgence la nuit et le week-end. M5 : Tu fais quel numéro pour avoir ça ? M4 : Par contre je ne sais pas comment on utilise ça. Je sais que ça existe mais alors après, comment ça se met en place ! M5 : Mais c'est sur toute l'agglomération ? M4 : C'est à Verdun sur son secteur mais ça se fait partout, il y a une assistante sociale d'astreinte partout. Il y a une assistante sociale d'astreinte pour gérer ça. Elle c'est pour placer les enfants, c'est l'ASE, assistance pour les enfants, je sais pas quoi,

- 1090 enfin c'est pour les enfants.
Cécile : Aide Sociale à l'Enfance.
- 1095 M4 : Voilà, Aide Sociale à l'Enfance.
M5 : Mais ils placent les enfants, c'est quand même une décision qui est discutée, la décision n'est pas prise que par une seule personne ?!
- 1100 M4 : Je n'en sais rien ! C'est le procureur de la République qui décide ça.
M5 : Ben oui parce que...
- 1105 M4 : En général c'est un enfant qui arrive aux urgences, il a un doute /
M5 : Parce que quand tu fais un signalement tu passes par le juge des enfants.
- 1110 M4 : C'est le procureur, c'est pas un juge c'est le procureur qui décide de la mesure rapide.
(M3 semble vouloir parler, Thomas l'interroge de la tête)
- 1115 M3 : Oui, parce que en fait, on parle beaucoup des services sociaux, machin, mais bon... Moi j'ai déjà été confronté à des situations où les gens étaient super bien suivis par les services sociaux et où c'était le bordel et ça n'allait pas. Enfin voilà, en l'occurrence, c'était une garde, j'ai été appelé à six heures du matin, j'étais assez content ! Bref, un appartement dans un état pas terrible, la maman de la famille, donc il n'y avait pas de papa, la maman devait avoir une cinquantaine d'année, elle devait avoir une chimio et tout ça, trois gamins qui étaient assez grands, adolescents, en échec scolaire, enfin c'était flagrant qu'au niveau de la famille ça n'allait pas du tout. Quand ils se parlaient et tout ça c'était..., bon ! Toi tu arrives là dedans, bon je me renseigne un peu, machin, assistante sociale, « Vous l'avez vu ? –Ouais, ouais ! ». Donc ils sont suivis, mais sauf que, bon ça va, sur le plan médical il n'y avait pas de solu... enfin je veux dire il n'y avait pas d'urgence, de truc vital en jeu, bon c'était plus de l'inquiétude qu'autre chose. J'ai essayé de gérer ça mais je suis reparti, ils s'engueulaient et tout ! Je ne voyais pas ce que... c'est la vie des gens... ah oui, ils m'avaient demandé un certificat parce que le gamin ne voulait pas aller à l'école où je ne sais pas quoi, il était en retard, donc, pour qu'il sèche l'école, mais en même temps il a un conseiller, je ne sais plus comment ça s'appelle, pas un conseiller pédagogique mais quelqu'un qui surveille un peu son...
- 1120 M3 : Oui, parce que en fait, on parle beaucoup des services sociaux, machin, mais bon... Moi j'ai déjà été confronté à des situations où les gens étaient super bien suivis par les services sociaux et où c'était le bordel et ça n'allait pas. Enfin voilà, en l'occurrence, c'était une garde, j'ai été appelé à six heures du matin, j'étais assez content ! Bref, un appartement dans un état pas terrible, la maman de la famille, donc il n'y avait pas de papa, la maman devait avoir une cinquantaine d'année, elle devait avoir une chimio et tout ça, trois gamins qui étaient assez grands, adolescents, en échec scolaire, enfin c'était flagrant qu'au niveau de la famille ça n'allait pas du tout. Quand ils se parlaient et tout ça c'était..., bon ! Toi tu arrives là dedans, bon je me renseigne un peu, machin, assistante sociale, « Vous l'avez vu ? –Ouais, ouais ! ». Donc ils sont suivis, mais sauf que, bon ça va, sur le plan médical il n'y avait pas de solu... enfin je veux dire il n'y avait pas d'urgence, de truc vital en jeu, bon c'était plus de l'inquiétude qu'autre chose. J'ai essayé de gérer ça mais je suis reparti, ils s'engueulaient et tout ! Je ne voyais pas ce que... c'est la vie des gens... ah oui, ils m'avaient demandé un certificat parce que le gamin ne voulait pas aller à l'école où je ne sais pas quoi, il était en retard, donc, pour qu'il sèche l'école, mais en même temps il a un conseiller, je ne sais plus comment ça s'appelle, pas un conseiller pédagogique mais quelqu'un qui surveille un peu son...
- 1125 M1 : Ben disons qu'on touche les limites de la profession, et puis de toutes façons les limites ne sont pas définies, c'est un peu nos limites qu'on se pose. C'est un peu comme M4 qui nous dit « Le SDF qui vient, il ne sait pas où dormir », ça va aller de l'extrême, au médecin qui va dire « Venez dormir chez moi », qui va régler la situation avec un mot, au médecin qui va dire « Attendez, moi je ne suis pas les services sociaux », donc là on a les deux extrêmes quoi, la limite il faut la trouver et elle est différente pour chaque médecin je pense, il n'y a pas une limite.
- 1130 M2 : M1 et M4 disaient « est-ce que c'est le ressort du médecin généraliste ? »
- 1135 Thomas : Ce que tu dis, c'est que c'est au médecin, tout seul, de trouver sa réponse ?
- 1140 M2 et M5 : Un éducateur ?
M3 : Oui, un éducateur qui est derrière et tout. Enfin c'est des situations inextricables. Bon, il n'y a pas d'urgence vitale, bon ben ...
- 1145 Thomas : Et tu as discuté avec tout l'environnement ?
M3 : Il y avait de l'environnement qui était pas vraiment sein /
- 1150 Thomas : Non mais je parle de services sociaux et tout.
M3 : Ben j'ai pas pu /
- 1155 M2 : Oui, il était six heures du mat'.
M3 : Mais en fait c'est vrai que je... j'avoue que quand j'ai un truc comme ça c'est en dehors des heures ouvrables donc je suis souvent un peu coincé, que ça soit avec la Sécu ou un autre truc.
- 1160 Thomas : Le principal problème avec les services sociaux c'est qu'il n'y a personne hors heures ouvrables.
M3 : Et puis les heures ouvrables terminent tôt quoi ! Des fois à partir de cinq heures...
Cécile : ça dépend pour quoi.
M3 : ça dépend pourquoi oui. Des fois tu vas être embêté, alors
- 1170 si tu peux temporiser tu temporises mais, il y a des gens qui ne sont pas forcément soulagés, et puis c'est compliqué quand c'est des histoires de famille comme ça.
Cécile : Et là, est-ce que ça ne fait pas appel, ce que tu évoques là, à une autre forme de précarité, en l'occurrence il y a des relais sociaux mais, qu'est-ce qui rend difficile la prise en charge ?
M4 : Mais est-ce que ça relève de nous ça ? Je ne suis pas sûr...
M1 : oui c'est ça, on arrive un peu sur la limite du truc quoi.
M3 : Tu ne sais pas forcément la relation qu'ont les gens avec les services sociaux, il y en a avec qui ça ne se passe pas toujours super bien, même si objectivement ça devrait rentrer dans le cadre, ça devrait aller au poil, et tu te rends compte que non, c'est un peu tendu.
Thomas : ça veut dire que les services sociaux répondent à tous les besoins ?
M3 : Non, justement par rapport au cadre législatif, enfin je ne sais pas, les histoires de revenus, des aides qu'on peut... il y a des gens qui rentrent dans ces cases à, après c'est un peu plus compliqué parce que les services sociaux sont obligés d'aller un peu comme ça, bidouiller un peu pour que les gens puissent avoir une assistance, quelle qu'elle soit finalement. Et des fois, même des gens qui sont pile poil dans ce que j'appelle le cadre, ils ont le droit à ça et ça, pas de soucis, mais en grattant un peu tu imagines un peu les rapports qu'ils ont, ben tu vois que c'est tendu et que ça ne va pas. Et ça, effectivement, c'est leur rapport avec les services sociaux mais nous... enfin je ne sais pas, pour moi c'est un truc un peu global.
M2 : M1 et M4 disaient « est-ce que c'est le ressort du médecin généraliste ? »
- 1175 M1 : Je pense que ça renvoi quelque part un peu à soi même, on a tous nos propres limites, on va les poser différemment et on va les régler les situations de façons différentes. Il n'y a pas qu'une solution à un problème de précarité.
- 1180 M3 : On est formé à gérer des problèmes médicaux, et moi c'est un truc qui m'a frappé pendant mes études, tu as des cases, on m'a toujours parlé des cases. (*il fait de grands gestes*) C'est Matrix quoi ! On m'a appris qu'il fallait faire comme ça, alors bon... Au final tu te retrouves, tu fais ta formation d'interne, déjà à l'hôpital il y avait des gens qui disaient ça « Oui, on n'est pas là pour faire du social, virez la ! C'est le médecin généraliste qui va se débrouiller. ». Sur le moment (M2 : C'est le médecin généraliste qui va se débrouiller !!!) je ne m'étais pas posé la question « Ah ouais, ça va être moi dans deux ans ! » !
- 1185 M2 : La phrase préférée de l'hôpital qu'on a tous entendu c'est « Tu renvois ça au médecin traitant ». Par rapport à ce que je voulais dire tout à l'heure, je ne sais pas si vous avez vu ce film qui est sorti il y a deux ans, je ne me souviens plus comment il s'appelle, c'est un médecin généraliste qui a donné l'accès à des caméras pour filmer son activité au quotidien avec l'accord des patients, et au milieu du film il y a une phrase qui m'avait interpellée, qui m'avait plu, parce qu'on voyait justement un patient sur deux ce n'était pas pour un problème médical qu'il venait le voir, et il disait « Le médecin généraliste c'est l'entonnoir de la société. » Tous les gens qui sont en difficulté finissent chez toi et toi tu ne sais pas pourquoi, tu n'as que des réponses médicales entre guillemets, et donc tu es obligé de faire

- le reste, une sorte d'improvisation quoi. Lui, il disait que c'était une sorte d'humanitaire en ville, il était dans un secteur un peu difficile et c'est vrai que l'humanitaire c'est pas qu'en Afrique dans certaines circonstances. Moi, je remplace un peu à Vandoeuvre quand tu as des réfugiés, des kosovars qui arrivent et tout ça, tu (M5) dois savoir ça mieux que moi mais quand ils parlent pas le français tu es bien emmerdé. Quand tu es remplaçant en plus tu ne connais pas leur histoire.
- 1250 M5 : J'ai une anecdote pour aller dans ton sens, au début, quand je commençais à remplacer sur Vandoeuvre /
- 1255 M4 : En plus pour trouver un traducteur c'est pas évident, faut appeler la mairie pour avoir un traducteur non ?
- 1260 M5 : Oui, oui oui, tu en as assez facilement. En général pour les turcs par exemple, il viennent habituellement toujours avec leur interprète maintenant. Ils sont toujours un interprète.
- 1265 M2 : Toujours avec les enfants non ?
- 1270 M5 : Oui mais là c'est une interprète... souvent c'est la même interprète pour plusieurs patients turcs en fait. Donc à, ils ont leur interprète. Mais pour avoir une interprète bien particulière, tu appelles la mairie et tu as toujours quelqu'un. Moi j'ai une anecdote, c'est au début que je remplaçais sur Vandoeuvre, on avait un créneau horaires sans rendez-vous et un créneau horaire sur rendez-vous, maintenant c'est que sur rendez-vous, et donc pendant le créneau horaire, souvent on avait des patients qui venaient pour qu'on leur remplissent leur déclaration de revenus, parce qu'il y avait possibilité de comprendre ce qu'il était mentionné, et donc je vous assure que je passais des fois une heure, j'avais une série de patient, pour les aider à remplir leur déclaration de revenus. Là, ça ne se fait plus.
- 1275 M4 : Tu le faisais ?
- 1280 M5 : Ben je le faisais. Qu'est-ce que tu veux faire ? (M4 : je ne sais pas, oui...) Je le faisais mais bon...
- 1285 M2 : Mais il y a des gens pour les aider.
- 1290 M5 : Le problème c'est que, bien-sûr qu'il y a des gens, mais tu sais comment ça se passe « Oui, on va regarder, faites la queue. Vous ne parlez pas français ? » et puis on leur explique en haussant le ton. (M4 : ça je n'aurais pas fait !) On va leur demander les papiers, ... tandis que là /
- 1295 M2 : Je ne l'aurais pas fait non plus !
- 1300 M4 : Mais il y a les services sociaux pour ça !
- 1305 M5 : Oui, mais oui, mais oui, mais bon... Maintenant c'est terminé, je ne sais pas ce qu'il s'est passé, pourtant on n'a pas trop réagit dans ce domaine là mais /
- 1310 M4 : C'est tous les redressements qu'il y a eu, ils ont tous eu une majoration pour fausse déclaration !
- 1315 Thomas : Vous parlez des populations migrantes, en dehors des difficultés de la langue, vous avez des difficultés spécifiques ?
- 1320 M3 : On ne les voit pas partout, moi je suis convaincu que, déjà moi à la campagne j'en n'ai pas trop vu /
- 1325 Thomas : Et les gitans donc tu parlais ?
- 1330 M3 : Oui, enfin moi je pensais plus...enfin les gens sans couverture sociale de base, les gens de grande précarité en fait. Je suis désolé. (Son téléphone portable sonne, il décroche et sort)
- 1335 M5 : Les réfugiés on n'en voit plus trop maintenant. Des nouveaux réfugiés. Je trouve que les réfugiés sont assez débrouillards en fait. Ils savent où aller, je pense que tout de suite ils ont trouvé la personne qui sait où les guider, où les orienter, et généralement, je dirais que pour les réfugiés, la première fois que je les vois, c'est rarement pour autre chose que des soins quoi. Rarement.
- 1340 M2 : Ils ont une couverture sociale non les réfugiés ? Je ne sais plus comment ça s'appelle.
- 1345 M5 : Oui, il y a une AME, enfin pour l'instant c'est une AME. Mais après, très vite ils ont une CMU qui est installée, je les vois rarement pour des situations difficiles d'intégration sociale, c'est plus pour un problème de soin.
- 1350 M2 : Tu (Thomas) disais s'il y avait d'autres difficultés que le problème de la langue, parfois quand même il peut y avoir des problèmes culturels.
- 1355 M5 : Oh oui, oui évidemment.
- 1360 M2 : Tu vois, des décalages avec ta façon de faire. Et puis ça complique un peu la relation médecin/malade. Surtout quand ça passe par l'interprète quoi. Mais ça, il n'y a pas besoin de personne à ta place, c'est notre job je pense que communiquer, il faut qu'on arrive à se débrouiller.
- 1365 M5 : Euh... oui est non. Moi par exemple je suis médecin remplaçant, je suis une femme, je suis d'origine maghrébine, et bien quand j'ai accès à une population masculine d'origine maghrébine ou turque, tu vois quand il s'agit de soin à apporter, qui nécessite de déshabiller, et tout ben c'est pas très... (moue dubitative)
- 1370 M2 : Est-ce que par exemple le fait que tu n'aies pas de voile, tout ça, ça peut poser problème sur des gens ?
- 1375 M5 : Non, je pense que non. Mais le fait qu'ils sachent que je ne pratique pas, que je mange du porc, machin, ça les offusque ! (M3 revient et s'assoit)
- 1380 M4 : Faut pas parler de ça pendant les consultations
- 1385 M5 : Si, ça arrive, parfois ils posent la question directement ! Par exemple là c'est le ramadan au mois d'août, alors
- 1390 « - Oui, le mois d'août, bientôt le ramadan ?! Est-ce que vous allez travailler ?
- Oui, je vais remplacer.
 - Ah bon, comme c'est ramadan vous travailler quand même? Vous aurez le temps de manger ?
 - Ben oui je mangerais.
 - Vous ne faites pas ramadan alors ? (il conclut tout de suite assez rapidement !)
 - Ben non. Je l'ai jamais fait d'ailleurs.
 - Ah bon, mais vos parents sont quoi ?
 - Ben oui ben mes parents sont musulmans mais ils ne pratiquent pas.»
- 1395 M2 : Ils sont quoi !!! (rires)
- 1400 M5 : Oui, mais c'est vrai ! C'était comme ça au début, il y avait une certaine distance qui s'installait assez rapidement mais plus maintenant parce que c'est souvent les mêmes patients que je revois, maintenant ils ont compris.
- 1405 M4 : La précarité, dont on ne se sent pas forcément responsable, les populations transplantées, elles ont des problèmes de précarité mais sociétales, on ne se rend pas forcément compte, elles ont des pathologies spécifiques, tuberculose, et puis il y a aussi tous ceux qui se sont fait torturer, là aussi c'est un peu... c'est pas vraiment de la précarité /
- 1410 M5 : Torturés tu dis ?
- 1415 M4 : Oui. Alors ceux là tu ne sais pas forcément comment les prendre en charge.
- 1420 Thomas : Tu l'as déjà vécu ça ?
- 1425 M4 : Oui, moi je l'ai vécu une fois.
- 1430 M5 : Oui, moi aussi.
- 1435 M4 : Tu examines quelqu'un, tu vois le dos, il y a plein de marques, tu évoques le sujet et là ça bloque. Après, le patient, bon lui il n'y avait pas de plainte rien du tout mais il y avait des

- choses à creuser et voilà. Mais ce n'était pas quelqu'un qui paraissait être en danger.
- 1410 M5 : Tu as eu du mal à le prendre en charge ce patient là ? Parce que moi j'ai vite appelé un psychiatre qui est spécialisé justement, enfin en l'occurrence il était d'origine serbe je crois/
- 1415 M4 : Il y a un guide qui est sorti, sur les transplantés qui ont été victimes de torture, ça explique un peu tous les types de torture et ça donne quelques numéros. C'est un guide un peu comme le petit guide sur les drogues, sur les toxicomanies, c'est un peu la même chose. Je l'ai lu et il est pas trop mal.
- 1420 M5 : Parce que là, à Nancy, il y a un psychiatre qui est spécialisé chez les personnes qui ont été torturé, torturés de guerre j'entends, et il l'a très vite pris en charge, et là je trouve qu'il est formidablement guérit, il l'a sorti de sa psychose qui était devenu réellement une psychose. Ça se passe très très bien pour lui, ça fait six ou sept ans qu'il suit toujours le même psychiatre.
- 1425 M2 : Juste pour rebondir, avant que j'oublie, sur les populations migrantes interculturelles, ça me rappelle une petite ville de lorraine que je ne citerais pas, une femme de radiologue qui était, tu (M5) vas peut être m'aider, une branche de l'islam un peu particulière où on ne peut pas toucher la peau des patients. Lui il est super cool, il parle très très bien français mais il ne veut pas que sa femme apprenne le français. Il veut garder la main mise un peu dessus. Le médecin, à ce moment c'était dans un stage un peu spécial, m'avait expliqué un peu la complexité du problème parce que le mari est une personne importante à l'hôpital, et puis il isole complètement sa femme. Elle avait une douleur d'oreille, je ne peux rien faire, c'est-à-dire que, en gros je ne peux absolument pas la toucher. Pourtant lui n'était pas là mais elle, elle était bloquée par, je ne sais pas, la foi, qui fait qu'elle est punie si elle retire ne serait-ce que sa manche pour que je vois quoi que ce soit. Donc elle avait juste une douleur d'oreille, et j'ai réussi quand même en lui expliquant que je toucherais juste l'oreille avec mon otoscope. J'ai réussi à voir que ce n'était pas grand chose, elle avait pas de fièvre. Mais 'était compliqué pour parler parce qu'elle ne connaissait pas un mot de français alors que ça faisait 20 ans qu'elle était en France. Et donc ça c'est une situation... je touchais de bois qu'il n'y ai pas grand chose. Je ne sais pas si c'est de la précarité.
- 1440 M4 et M5 : Si !
- 1445 M2 : Heureusement que c'était pas quelque chose de plus compliqué parce que moi je ne la connaissais pas cette dame, pour moi c'est limite une forme de maltraitance de la part du mari. (les autres acquiescent) Enfin je ne sais pas si c'est à cause du mari ou à cause de sa foi qu'elle ne veut pas qu'on rentre en contact avec sa peau, parce qu'à ce moment là son mari n'était pas là. Je l'ai revu dans une autre consultation, mais en tous cas, ça m'a grandement compliqué la vie.
- 1460 M4 : C'est femme là c'est sûr qu'elle est vachement précaire, isolée, pas de recours, rien du tout. Dans ce cas là, qu'est-ce qu'on peut faire ?
- 1465 M5 : Là on a eu le cas d'une patiente aussi isolée /
- 1470 M4 : C'est à se demander s'il ne faut pas faire une déclaration, un signalement.
- 1475 M2 : Peut être /
- 1480 M5 : Mais il ne peut pas parce qu'il ne sait pas si c'est par rapport à sa foi ou son mari.
- 1485 M4 : Oui mais quand tu signales, tu signales !
- 1490 M5 : Oh, non non non non non !!
- 1495 M4 : Ben si ! Le problème c'est qu'on sous signale nous les médecins. On sous signale pour les femmes battues, on sous signale pour les enfants /
- 1500 M2 : Il aurait déjà fallu que je rentre en contact avec le mari.
- 1505 M4 : Tu peux pas il faut [1 :09 :00]
- 1510 M5 : Discuter avec elle!
- 1515 M2 : Discuter avec la famille quand même !
- 1520 M5 : Avec elle !
- 1525 M2 : Mais je ne peux pas, elle ne parle par un mot de français !
- 1530 M5 : Tu prends un interprète avec toi.
- 1535 M2 : Là je ne pouvais pas, c'était juste sur une journée. C'est une journée de temps en temps. J'arrive le matin, j'ai mes consult' du jour, je la vois, je règle le motif de consultation et le soir je fais un compte rendu au médecin que j'ai remplacé pour lui expliquer les patients que j'ai vu. Donc une fois je lui avais raconté que j'avais été très très surpris par la forme de la consultation et que ça ne m'avait pas posé de problème médicalement parce que je sais qu'il n'y avait rien de grave derrière tout ça, j'avais tout dit. Mais c'est vrai que si j'avais dû la suivre au long court je pense que je l'aurais fait revenir avec une interprète ou j'aurais trouvé le moyen de discuter plus précisément parce que c'était un peu bizarre.
- 1540 M5 : C'est quand même spécial ! Tu peux pas porter plainte ou faire un signalement (M4 : Mais /), faire un signalement j'entends, faire un signalement, tu ne peux pas, (M2 : c'était une syrienne je crois, je ne sais pas s'il y a des trucs a haut...) parce que si effectivement c'est sa propre décision, si c'est elle qui a fait ce choix là et que son mari n'est pas du tout responsable de ce choix tu ne peux pas !
- 1545 M4 : Mais tu as des enfants qui sont entre guillemets consentants dans la pédophilie, entre guillemets, ils ne révoltent pas, ils ne bM4cent pas, et voilà.
- 1550 M5 : Tu vas trop loin là !
- 1555 M2 : Ils ne sont pas consentants ! Ils prennent du plaisir hein ?! (*sur un ton ironique*)
- 1560 M3 : Les services sociaux (*sur un ton ironique, en levant le point*)
- 1565 M4 : Oui, comme dirait Cohn-Bendit !
- 1570 M2 : Je pense que c'est parce qu'ils sont bloqués qu'ils rentrent dans un mutisme, mais je ne sais pas si c'est une forme de consentement.
- 1575 M4 : L'épouse ça aurait pu être ça. En fait on sous signale plein de trucs.
- 1580 M3 : Oui, mais une fois que tu as fait un signalement les conséquences ça peut être... enfin tu vois c'est vraiment un truc à prendre avec des pincettes quoi.
- 1585 M2 : Surtout quand tu es remplaçant, tu ne connais pas le contexte, tu risque quand même de griller tout le monde à l'arrivée comme ça et dire « (*claque des doigts*) ça ne tourne pas rond ! ». Tu (M4) le fais toi ?
- 1590 M3 : Et même quand tu n'es pas remplaçant.
- 1595 M4 : Oh, il y a les médecins traitants ! (*sur un ton ironique*)
- 1600 M2 : Oui ! Je sur signale là ! (*rire général*)
- 1605 M4 : je ne l'ai jamais fait moi parce que je ne me sentais pas légitime, mais je propose des signalements sur les compte-rendu que je fais au médecin.
- 1610 M2 : D'accord. Oui, c'est bien.
- 1615 M4 : Je pense que le jour où j'aurais... Je me souviens une fois j'ai examiné une petite fille qui était d'origine... c'était des gens du voyage, j'examine l'anus et il y avait des condylomes partout, sur une petite fille de six ans. (silence) Je me dis « Tiens, qu'est-ce que c'est que ça ? », donc j'ai appelé toujours le chef de pédiatrie de Lunéville qui m'a dit « ça peut arriver si la maman a

- 1565 des verrues sur a main quand elle nettoie la petite, quand elle l'essuie, qu'elle la lave il peut y avoir une [1 :11 :32] » Et le fait est dit, la mère avait des verrues et la fille n'était pas suspecte. Mais si on m'avait dit « C'est complètement suspect », je n'aurais pas attendu le médecin traitant, j'aurais fait un signalement.
- 1570 Thomas : OK. Donc merci de nous rencontrer ! Je vous propose pour conclure de /
- 1575 M3 : Ce qui est positif c'est la CMU !
- M2 : ça nous aide quand même !
- 1580 M3 : Parce qu'il y a plein de gens, des gens en grande précarité qui sont en dehors du système des services sociaux et on ne les voit pas, c'est Médecins du Monde, c'est machin, c'est... comment ça s'appelle, pour les migrants, l'aide médicale, c'est plutôt des solutions de dispensaires on va dire, voilà, et donc du coup ça perme de voir pas ma de gens qui sinon ne viendraient pas.
- 1585 M5 : J'ai été tenté plusieurs fois d'appeler Médecins du Monde pour avoir un avis sur certains cas parce que je ne savais pas trop où le s diriger, les orienter, je me suis sentie un peu démunie et peut être que eux pourraient m'orienter. Je ne l'ai jamais fait mais, est-ce que eux auraient pu m'aider peut être...
- 1590 M3 : Pour des gens qui n'ont pas de couverture ?
- M5 : Oui.
- 1595 M3 : Ben oui... au pire...
- M2 : Tu as bossé pour Médecin du Monde ?
- 1600 M3 : Moi, ça m'est déjà arrivé de... ce que tu (M5) disais au début, une personne qui vient avec les cartes vitales, enfin ils l'ont dit, ils ont été réglé, carte vitale de la sœur, fallait que je l'examine et tout, lui n'avait pas de couverture sociale quoi. Mais dans le dossier le médecin que je remplaçais avait déjà mis un mot qu'il avait déjà évoqué ça a Médecin de Monde, ou qu'il était en situation irrégulière et puis c'est tout. Mais, j'allais dire pour les gens à peu près intégrés, qui ne sont pas dans ces situations particulières, pour moi la CMU c'est quand même fondamental.
- 1610 M2 : Est-ce que vous avez déjà eu l'impression de remplacer des médecins chez qui vous avez eu des échos comme quoi ils refusaient des patients de CMU ? Parce que j'ai déjà entendu ça dans les médias mais j'ai jamais entendu ça.
- 1615 M4 : Moi, j'en ai déjà vu. J'ai remplacé le Docteur N. à Vandoeuvre, je bm4ce ! Euh non, pas à Vandoeuvre, à Villers ? euh... Aucun patient CMU, il ne m'a pas dit « Tu ne les vois pas », mais zéros CMU !
- 1620 M2 : Tout fière !
- M4 : Mais impossible d'avoir zéro CMU ! Pas une CMU ! J'ai vu 120 patients et zéro CMU ! Il m'a dit, je lui ai posé un peu la question parce qu'il était pas très bien informé, « Tu sais ça marche avec la carte vitale », il m'a dit « Il n'y a pas de CMU ».
- Thomas : C'est encore un autre problème.
- 1630 M5 : Il y a un médecin sur Vandoeuvre qui n'en voit que deux ou trois sur l'année. Et encore, les fois où je l'ai remplacé, je n'en ai jamais vu.
- M4 : Oui, surtout les spécialistes.
- 1635 M2 : ça montre une forme de mépris de la CMU quoi !
- M3 : ... un médecin généraliste, lorsqu'il reçoit les CMU il a à palier des problèmes qui devrait être gérés par des spécialistes mais ils ne peuvent pas être vus. Ça existe aussi.
- 1640 M4 : Un testing aurait été une bonne chose je pense. Moi c'est quelque chose qui ne m'aurait pas dérangé. Ils parlaient dans la loi [1 :15 :11] de mettre en place un testing des médecins avec des faux patients qui viennent en disant qu'ils ont la CMU pour voir s'ils se font accepter ou s'ils se font rejeter. Mais les médecins, qu'est-ce que qu'ils ont fait évidemment, ils ont condamné ça. Alors que moi j'approuve, j'ai aucune crainte.
- 1645 Cécile : On peut reparler ensuite effectivement de l'enquête CMU qu'il y avait eu.
- Thomas : Ce que je vous propose c'est de vous faire un résumé de ce que j'ai compris et si je suis totalement à côté vous pouvez réagir. Donc, de ce que j'ai compris /
- 1650 M2 : Si tu es à côté on ne revient pas demain ! (rire général)
- 1655 Thomas : Donc ce que j'ai compris c'est que vous avez des définitions de la précarité qui sont diverses, effectivement, la CMU ça peut être un critère de définition pour dire si les gens sont précaires ou non. Mais de façon plus générale il y a des difficultés sociales, des difficultés de santé particulières, et des difficultés de prise en charge. Les difficultés que vous avez, déjà j'ai constaté que les partenaires sociaux vous ne les connaissez pas bien, vous avez chacun vos réponses, c'est surtout à l'issue de vos expériences personnelles, de votre réseau. Vos réponses aux différents types de précarité ça va être l'hôpital, le psycho-social c'est difficile, les services sociaux, mais bon les services sociaux que vous connaissez quand vous en connaissez ne travaillent pas assez, je caricature aussi, je veux dire qu'ils ont des horaires qui ne sont pas adaptés à vos besoins.
- 1660 M3 : Ils sont fonctionnaires, tu peux le rajouter !
- 1665 Thomas : Non, je ne peux pas, je travaille à Gaz de France !!! Bref, et donc vis à vis des solutions vous en avez abordé quelques unes je crois, la solution, l'outil serait d'avoir un numéro de téléphone qui vous permette justement à tous moments d'accéder à une structure qui vous aide.
- 1670 M2 : Pourquoi pas un petit guide aussi ?
- 1675 Thomas : Oui tu (M4) en as évoqué, mais spécifique.
- 1680 M4 : Oui, spécifique aux patients transplantés qui avaient été victimes de torture.
- 1685 M5 : Mais c'est un guide national ? Il y en a beaucoup en France des transplants torturés ?
- 1690 M4 : Il y en a surtout en région parisienne, oui beaucoup, surtout les africains. A Paris il y en a un paquet des africains qui se sont fait torturer, beaucoup, beaucoup, beaucoup.
- 1695 M2 : Eux aussi ils sont consentants ?! (rire général)
- Cécile : Est-ce que vous auriez d'autres propositions directement liées aux difficultés pratiques que vous rencontrez au quotidien ?
- 1700 M5 : Moi j'aimerais bien avoir un centre à proximité, qu'on puisse nous dire « Voilà, vous avez tel ou tel problème, le centre est juste à côté ».
- M2 : Une sorte de guichet unique social.
- 1705 M5 : Exactement. A proximité de cabinet, à proximité du lieu d'exercice libéral du médecin.
- 1710 M2 : On peut rentrer dans un CMS et dire « Voilà, je viens comme ça » ? (M4 fait signe que oui.)
- Cécile : Une structure sociale à proximité ?
- M5 : Oui, voilà.
- 1715 M1 : Sinon une formation aussi, tout simplement pendant les études.
- Les autres : Oui, exact, c'est vrai.
- 1720 Thomas : Vous avez tous eu le questionnaire ici ?

M2 et M1 : Non.

1725 Cécile : Non parce que... ils ne sont pas thésés !

M4 : Donc avoir une formation pendant la formation médicale quoi, et après pendant la formation médicale continue. Qu'on nous informe. C'est vrai qu'il y a quand même de la communication de la part soit des conseils généraux, soit ces Centres Médico Sociaux sur les secteurs dont ils dépendent pour leur dire que dans telle et telle situation, la personne à contacter c'est eux. Elle existe déjà la structure, elle fonctionne pas 24h/24h, mais en journée, tu as un souci comme ça tu vas voir le Centres Médico Sociaux.

1735 M5 : Mais tu vois, avoir un centre comme ça 7j/7j.

M4 : Les CMS sont là, cinq jours par semaine.

1740 M5 : Tu viens de nous l'apprendre ! Je ne savais pas qu'il y avait des systèmes d'astreinte.

1745 M4 : les Centres Médico-Sociaux, ils prennent en charge la protection maternelle et infantile, les problèmes sociaux, les urgences alimentaires /

M5 : Tu fais quoi comme numéro ?

1750 M4 : Ben tu regarde Centre Médico-Social sur les pages jaunes.

M5 : Quand tu appelles au-delà de 20h tu tombes sur un répondeur on te demande de rappeler.

1755 M4 : Ben au-delà de 20h oui !

M2 : Mais il y a encore des problèmes, les impôts, tout ça, dans un cas sur deux les problèmes strictement sociaux ils peuvent attendre le lendemain.

1760 Thomas : Bon, on va conclure.

FG 3 Département de médecine générale

Animatrice : Anne Flye Sainte Marie

Co-animatrice : Cécile Flye Sainte Marie

Observatrice : Isabelle Querrioux

Participants : Médecin n°1 : M1 – homme, médecin n°2 :

M2 – homme, médecin n°3 : M3 – homme, médecin n°4 : M4

– homme, médecin n°5 : M5 – homme, médecin n°6 – homme

- 5 Anne : C'est moi qui vais démarrer puisque je suis pressentie pour l'animation de ce soir. Je me présente d'abord, je suis Anne Flye Sainte Marie, avant qu'on me pose la question je suis la belle-mère de Cécile ! Mais ce n'est pas à ce titre que je suis là, je suis là comme expert non spécialiste de la question qui va être travaillée, je suis en fait maître de conférence à Nancy 2, en sciences de l'éducation. J'ai été sollicité pour mon expérience du travail de recherche, du travail avec des groupes. Donc, j'ai la redoutable tâche d'encadrer un peu l'échange de ce soir. [...]
- 10 Cécile : Rapidement, je suis Cécile Flye Sainte Marie, une des deux thésarde. Je co-anime a priori, je ne vais peut être pas intervenir du tout, mais simplement comme garante du sujet et de l'orientation que peuvent prendre les discussions pour recadrer sur le sujet si c'est nécessaire, voilà
- 15 M3 : M3, généraliste à Villers-lès-Nancy.
- 20 M2 : M2, généraliste à Laxou. /
M5 : Et enseignant !
M2 : Oui, et enseignant ...
- 25 M5 : C'est quand même important de le dire !
M1 : M1, médecin généraliste à Pont-à-Mousson.
M5 : Généraliste à Villers et associé, hélas de celui-ci. (en montrant M3)
- 30 M3 : Euh moi je l'ai pas dit ça !
M5 : Ben non, je l'attendais ! Et professeur de médecine générale.
- 35 Anne : Je sens qu'il va falloir que je fasse médiateur !
M4 : Généraliste enseignant à Villers-lès-Nancy.
- 40 Isa : D'accord. Et moi Isa, je suis la deuxième thésarde. Donc l'entretien de ce soir est filma, c'est pas pour utiliser les images ou quoi que ce soit, c'est simplement pour faciliter la retranscription puisqu'on est un certain nombre de personne ce soir et sur une bande audio c'est un petit peu difficile de faire la part des choses pour retranscrire. La vidéo c'est un point fixe, on utilisera pas les images, elles seront détruites à la fin de la retranscription. Voilà. Ceci dit pour faciliter l'enregistrement on va vous demander de pas parler en même temps, d'éviter les petits bruits parasites de chaises, de stylos, de papiers. Voilà, juste être un petit peu vigilant sur cet aspect et c'est tout ! Voilà ! Merci.
Moi je serais simplement observateur de la séance.
- 45 Anne : Avec un trio de femmes pour vous cadrer je sens que vous allez passer une soirée difficile !
M4 : Je vous fais remarquer qu'on a déjà fait une séance comme ça et y avait pas de chocolat !
- 50 M5 : Toutes celles qui ont essayé ne sont jamais revenues !
M4 + M2 : discussions sur le chocolat présent ou non à la dernière séance.
- 55 Anne : On va voir, si vous êtes indisciplinées je pense qu'on va supprimer le chocolat !
Bon, je vais vous rappeler le cadre de ce travail de ce soir. Donc Isa et Cécile sont engagées dans un travail de thèse en deux parties : une première partie quantitative, avec un questionnaire qui a été envoyé à 800 médecins de Meurthe-et-Moselle et qui a
- 75 donné lieu à 400 réponses, ce qui est un bon score. J'imagine que vous en avez été destinataires. Et donc l'étude qualitative se mène à partir de focus groupes réunissant un certain nombre de petits groupes de médecins autour de la thématique qui est celle de la prise en charge des patients précaires. Voilà très rapidement. Est-ce qu'il y a...
- 80 Isa : Sur les difficultés ressenties par les médecins généralistes.
- 85 Cécile : Le grand thème général effectivement c'est les difficultés ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle dans la prise en charge des patients précaires. Et la présente étude qualitative a pour objectif de compléter les données quantitatives qu'on a pu recueillir, qui sont en cours d'analyse, sur la première phase, d'approfondir certains points, de pouvoir créer du lien entre différentes réponses qui ne sont pas interprétables de façon quantitative et un des objectifs, à terme, c'est de pouvoir envisager des pistes d'amélioration ou des outils adaptés à des besoins qu'on espère recueillir et recenser à travers l'étude quantitative et puis ces entretiens de ce soir, axés vraiment sur vos pratiques et vos ressentis.
- 90 Anne : C'est le troisième focus groupe. L'intérêt de cette méthode c'est finalement, autour de la dynamique de groupe, de recueillir les approches des uns et des autres.
Alors l'objectif principal de cette séance, je le redis après Isa et Cécile, c'est recueillir les difficultés ressenties par vous-même comme médecins généralistes dans cette prise en charge des patients précaires au quotidien. Je vous propose de partir de cette pratique et de ce que vous avez pu ressentir dans des situations de prises en charge. Disons que vraiment, le point de vu de départ ce serait de partir de la pratique de situations concrètes, d'exemples concrets pour... /
- 95 Isa : On va juste préciser qu'on était parti sur 1h20 – 1h30 d'enregistrement.
Anne : On ne va pas abuser de votre temps !
- 100 Cécile : Vous pouvez prendre le temps, on sait que vous arrivez chacun de vos occupations, de vos préoccupations, de prendre un temps pour réfléchir aux situations, aux types de...
M2 : J'sais pas, vous voyez beaucoup de patients en situations de précarité ? (il interroge le reste du groupe de médecins)
- 105 M5 : Moi, la principale difficulté que je vois, c'est que peut être on ne les voit pas.
Alors, est-ce qu'on les voit pas parce que... est-ce qu'on les reconnaît pas ?
- 110 M3 : Oh, oui peut être on les reconnaît pas toujours, mais bon... (haussant les épaules)
Je crois qu'il faut peut être essayer de se mettre d'accord, la précarité a une définition différente si on est installé où est M1 que là où nous on est installé. On n'a peut être pas la même précarité. Faudrait essayer de définir, de savoir un petit peu de quoi on veut parler quoi !
- 115 Anne : Mais vous, à quels indicateurs vous identifiez qu'un patient est...
M3 : Ben la précarité c'est la difficulté d'accès aux soins, c'est de gens qui ont peur de venir parce qu'ils sont dans une situation (dérangé par les bruits de son ordinateur). Euh, je crois que la première précarité à laquelle on peut avoir à faire c'est l'accès aux soins, c'est-à-dire des gens qui ont peur de pas pouvoir payer. Moi, je dois dire (bruit d'ordinateur). Euh voilà, c'est ça, moi je dois dire que là où je suis, à Villers, c'est pas une situation que je rencontre facilement. Après, ça peut être une précarité de logement, ça peut être des étudiants qui sont dans
- 120
125
130
135
140

- des logements précaires et qui ont pas forcément, qui peuvent avoir les moyens financiers, mais qui sont dans un petit appartement, précarité de logement. On en a quelques uns, quoi que on est quand même quand une cité, dans une rue un peu résidentielle.
- 145 Anne : Vous en avez donc quelques uns.
- 150 M3 : Oh, on a des gens du Placieux, je dirais que c'est des étudiants qui sont dans des chambres, je dirais un peu précaires quoi. Oui, vu de ce côté là, oui. Bon, du coup on se retrouve avec des étudiants qui sont pas toujours forcément très propres, donc précarité physique, et parce que peut-être ils n'ont pas les moyens, je veux dire qu'ils n'ont pas le temps, qu'il y a trop de monde, les douches sont occupées etcetera, donc on en voit.
- 155 Précarité d'hygiène quoi. On en voit quelques uns mais encore une fois je crois qu'on n'est pas vachement dans le milieu quoi. Et puis on a quelques patients, sous tutelle, où là je dirais que c'est une autre précarité. Bon ben ça peut nous poser quelques
- 160 petits problèmes mais...
- Anne : ça ne vous [11] pas ?
- 165 M3 : Non, j'ai jamais eu de situation d'angoisse, ça m'a jamais posé un problème. J'ai peut être pas [11:12]. Moi c'est un peu mon avis dans le quartier, on est trois dans le même quartier, je sais pas ce qu'en pense M5...
- 170 M4 : A ce compte là, c'est vrai que je ne connais pas ta clientèle M1. Il est vrai qu'on est à peu près tous installés dans des zones relativement bourgeoises /
- Anne : et assez résidentielles.
- 175 M4 : Et assez résidentielles. Je ne suis pas sûr qu'on soit confronté très fréquemment au problème. On a peut être tous une situation ou deux de patients précaires mais est-ce que ça suffit pour donner les difficultés ? Moi je vais vous donner une difficulté qui va vous surprendre, qui me concerne moi. (*Anne acquiesce*) C'est... c'est un patient atteint de... qui vis clochardisé quasiment même chez lui, j'en ai déjà eu. Qui sent pas bon, qui est difficile à examiner, qui ne se lave pas, c'est ce que t'as un peu dit tout à l'heure. Je ne sais pas si ces difficultés là on vous les a déjà donné dans les différentes... Pour moi c'est
- 180 une difficulté.
- 185 Anne : Pour vous c'est difficile.
- 190 M4 : oui voilà, déjà ça. C'est une approche physique du patient qui est pas toujours facile. Et puis, effectivement y a tous les problèmes sociaux qui se greffent sur la précarité, on n'a pas été trop formé à ça dans nos études, enfin ma génération. Donc on a dû apprendre comme ça sur le tas, donc en fait on s'est beaucoup appuyés sur les travailleurs sociaux qui ont l'habitude de
- 195 travailler avec eux. Moi j'ai appris au fur et à mesure, et comme c'est quelque chose que je ne fais pas tous les jours, je me suis tellement reposé sur les autres que j'ai pas trouvé en moi l'énergie pour... C'est peut être une autre difficulté me concernant moi.
- 200 Anne : Dans la relation au patient.
- 205 M4 : Euh... Une autre difficulté, parce que j'en ai quelques uns des patients précaires, c'est la multitudes des appels. C'est-à-dire que, moi je vois mes patients tous les trois mois en général, voire tous les six, ça dépend, mais en général tous les trois mois, et quand un patient commence à m'appeler tous les jours ou tous les deux jours je commence à mettre moi même des..., enfin c'est peut être encore une difficulté qui me concerne mais, moi
- 210 un patient qui appelle tous les jours, je finis par... j'ai pas le temps de m'occuper de ce patient tous les jours, j'en ai beaucoup d'autres à voir. Ça reste encore une difficulté. Donc je dirais que peut être si y a beaucoup de difficultés elles viennent de moi, je sais pas si elles viennent de ces gens là. Après, effectivement y a tout ce que je sais, tout ce que je sais parce que d'abord je m'y suis intéressé, et puis ensuite, j'ai travaillé sur l'accès au soin,
- effectivement c'est pas simple pour un patient d'accéder aux soins surtout quand il n'a pas la CMU, ceux qui ont la CMU je crois que c'est relativement plus simple. Mais ceux qui ne l'ont pas parce qu'ils gagnent un tout petit peu trop d'argent, ou ils en gagnent... 'fin je ne sais pas ou parce que... euh ... mais c'est plus compliqué. Et puis y a tous ces gens qu'on voit pas, qui vont dans les [14 :16] ou qui vont à Médecins du Monde. J'ai vu Médecin du Monde une fois ou deux pour m'y intéresser. Mais ceux là moi je ne les vois pas à Villers franchement, ou à Nancy, je ne les vois pas du tout.
- 220 Cécile : On a fait le choix pour cette étude de l'orienter vers l'ensemble des médecins, c'est un choix stratégique, mais on aurait pu aussi envoyer un questionnaire et dire aux gens : « Si vous êtes concernés par la précarité venez participer à des groupes de pairs. » C'était un choix justement de recenser, on se doute bien que chacun a des expériences différentes en fonctions des... (*en même temps M4 dit « je vous crois, oui oui, je vous crois*) Enfin c'est pour vous dire que votre expérience nous intéresse, quel que soit le mode, le lieu d'exercice et puis le nombre de patients.
- 225 M4 : Oui, j'en doute pas, d'autant plus qu'on n'est pas préparés à ce genre de chose. Contrairement peut être à d'autres qui sont installés dans un endroit où ils sont confrontés à ça tout le temps.
- 230 Anne : Justement, je pense qu'il serait important de rebondir sur ce que M5 a dit. Mais peut être qu'on va laisser entrer... (regarde vers a porte)
- 235 M4 : On va laisser rentrer M6 ! (*M6 entre, salue tout le monde. Anne rappelle brièvement le thème de la discussion pour M6 et reprend le débat*)
- 240 Anne : Vous disiez (elle s'adresse à M5) « on ne les voit pas, le problème c'est de les voir ».
- 245 M5 : Oui. Oui, je ne suis pas sûr que... M4 vient de dire « on croit qu'on les reconnaît si on les rencontre, je ne suis pas tout à fait certain. Et de temps en temps j'ai l'impression qu'on s'aperçoit peut être pas forcément tout de suite qu'on est dans une situation de précarité, parce qu'ils n'ont pas tous un aspect, une façon de se comporter forcément évocatrice. On a des fois des surprises de voir des gens... qui... (*M3 : qui mettent un point d'honneur oui...*) qui se présentent finalement un petit peu comme tout le monde et dont on s'aperçoit peut être au bout d'un certain temps qu'ils vivent de pas grand chose et qu'ils sont dans le besoin. Alors est-ce que ça ... est-ce qu'ils ont des difficultés d'accès aux soins ? On peut imaginer que s'ils viennent chez nous, ceux qui arrivent jusque chez nous n'éprouvent pas forcément de difficultés d'accès aux soins, d'autant plus que en ce qui me concerne je n'ai pas de barrière, je ne ferme pas ma porte, toute personne qui se présente chez moi à accès. Je pense que c'est le cas de tous mes collègues ici. Mais bon, ça peut poser quand même des problèmes de difficultés d'accès aux soins parce que, essayer d'envoyer quelqu'un, en situation de difficulté, de précarité, essayez de l'envoyer chez un spécialiste dans des spécialités ou y a que des secteurs 2 par exemple, c'est pas toujours évident.
- 250 Anne : et c'est là que vous allez l'identifier peut être /
- 255 M5 : c'est peut être à ce moment là que ... oui. J'ai effectivement un exemple précis de quelqu'un qui n'y est pas allé et au bout d'un certain temps j'ai fini par demander « Pour quoi ? », et cette personne m'a dit « Je ne peux pas payer. ».
- 260 Anne : Et rien ne vous avez laissé identifier que...
- 265 M5 : J'aurais pas forcément... j'ai pas été assez attentif probablement.
- 270 Anne : M2 vous vouliez réagir ?
- 275 M2 : Oui. Bon, moi c'est pareil, j'ai une expérience extrêmement

réduite. Mais je pense qu'on ne les reconnaît pas quoi. J'ai
295 quelques patients, pas beaucoup, qui bénéficient de la CMU et
vraisemblablement pour certains d'entre eu c'est difficile, voire
très difficile, mais c'est vrai qu'on n'a pas jamais abordé ces
difficultés, et puis je ne me suis pas posé la question non plus.
C'est vrai que ma porte est ouverte et puis voilà. Je n'y ai pas été
300 confronté, et en réfléchissant pendant que les autres parlaient,
j'ai deux patients qui vivent dans une précarité absolument
incroyable, que je vois à domicile, euh... alors c'est quelque
chose d'épouvantable, c'est des patients qui ne paient jamais
305 d'ailleurs, et y en a un qui est propriétaire de plusieurs maisons à
Nancy, mais qui vit dans la misère la plus totale, qui est sous
alimenté, qui est sale, mais qui est chez lui, propriétaire. Je le
vois tous les trois mois pour renouveler son traitement. Il ne paie
jamais, à chaque fois il remet ça à la fois suivante et puis bon...
Et j'en ai une autre aussi, qui est un petit peu simplette, et qui a
310 aussi des biens, et qui vit dans un état de pauvreté, de
délabrement physique absolument incroyable. Bon, y a rien à y
faire de toutes façons, j'avais alerté les services sociaux et elle
me dit « Ecoutez, elle a les moyens de se payer ce qu'elle veut. »
Je pense que c'est un délabrement qui est psychologique, je veux
315 dire qu'elle aurait besoin d'un soutien. Mais sur le plan matériel
elle pourrait tout à fait répondre à ses besoins. Alors, elle elle
paie, mais pas toujours ! Mais bon... (*sourit*) C'est vrai qu'elle
venait me voir à mon cabinet et je lui ai dit « Je viendrais vous
voir maintenant » parce que quand elle venait me voir à ma salle
320 d'attente c'était une horreur ! C'était... bon elle était sale et elle
faisait fuir les autres gens, c'était difficile. Et je lui dis « Je
viendrais vous voir ! », elle m'a dit « Oh mais non ça va être
plus cher ! », et je lui ai dit « vous me paierez les consultations
tout simplement » et je lui fais payer les consultations. Mais je
325 vais la voir à domicile parce que...

Anne : C'était vraiment pas supportable ?

M2 : Ah c'est insupportable pour l'entourage, et puis j'ai une
330 petite salle d'attente, quand elle venait c'était impossible de
toutes façons, les gens partaient.

Anne : Les gens réagissaient ? Partaient ?

M2 : Ah oui oui oui, il y avait une réelle hostilité. Bon ça fait
335 longtemps maintenant, ça va faire 10 ans que je la vois à
domicile mais c'est vrai que moi-même j'ai du mal, j'ai
beaucoup beaucoup de mal. Et certainement que je ne prends pas
les mêmes précautions qu'avec les autres patients. Euh... quand
340 je l'ausculte, je l'ausculte à travers ses vêtements parce que c'est
absolument impossible de la déshabiller, moi je ne supporte pas.
Donc vrai que, en ça c'est vrai que oui, je culpabilise quand...,
j'étais avec un interne l'autre jour et je lui ai dit « Tu verras c'est
un peu particulier mais tu comprendras vite. ». Et deux patients
345 c'est pareil.

Anne : Il y a vraiment des choses difficiles à... /

M2 : Alors oui, et d'autant qu'il y a un sentiment de... je
350 comprends pas quoi ! Surtout le premier qui bon je sais qu'il a
des tas de biens qu'il ne paie jamais, et qui est sale, qui
volontairement vit dans la saleté, dans la crasse, il vit dans le
sous-sol de sa maison pour ne pas abîmer le premier et le
deuxième étage. Il n'a pas d'héritier, il a 75 ans, pas d'enfant et
355 il vit dans le sous-sol, le garage, je consulte dans le garage. Il vit
sans chauffage, donc en hiver il a trois manteaux sur lui. (*sourit*)

M4 : C'est psycho pathologique là !

M2 : Ah oui, non mais complètement ! Mais les deux sont venus
360 comme ça !

Anne : C'est une forme de précarité qui n'est pas matériel mais
qui est psychologique ?

M2 : Ah ben si, qui est volontairement matérielle. Mais
365 autrement, d'autres patients, probablement je ne sais pas
identifier, même si y en a probablement qui viennent me voir,
même si je suis dans une banlieue très bourgeoise aussi.

M1 : Alors, effectivement, on a des pratiques un petit peu
370 différentes. Donc en ce qui me concerne j'ai fait des vacances
dans un foyer social une demi-journée par semaine, et puis au
niveau de mon activité professionnelle, j'ai 27% de mes patients
qui bénéficient de la CMU. Donc ça. Plus ce qu'on appelle des
375 travailleurs pauvres, ça existe. Et puis toutes ces familles
monoparentales qui ont effectivement des difficultés. Alors, des
difficultés, des difficultés... C'était à la fin du mois dernier, (j'ai
aussi une activité un petit peu décalée, je n'ai que 10% de
personnes âgées et 30% de moins de 16 ans.), donc les difficultés
380 qu'on peut rencontrer avec ces familles précaires, c'est le mois
dernier, une gamine de 15 mois qui avait une gastro-entérite, je
m'en souviens parce que c'était le 28, j'explique à la maman en
long en large et en travers et avec moult détails parce que
effectivement je craignais qu'il y ait des difficultés de
385 compréhension par rapport au régime qu'il fallait donner à la
petite, elle me dit « Oui, je comprends bien, mais je n'ai plus
qu'un paquet de pâtes jusqu'au 1^{er} et un litre de lait pour lui faire
cur ses pâtes ». Bien, bon... Et puis la précarité c'est aussi a
posteriori des situations qui posent problème. Dans ce foyer où
390 je travaille un jeudi je n'ai pas vu un patient. C'est donc un foyer
d'accueil pour homme célibataire en fin de parcours social,
affectif, ils n'ont plus rien, ce sont des gens qui n'ont plus rien.
Alors, entre deux consultations, un jeudi, puisque c'est le jeudi
après-midi que j'y vais, un de mes patients habituels que je n'ai
395 pas vu, je n'ai pas trop fait attention. J'y ai été appelé le mardi
d'après, il était dans sa chambre depuis quelques semaines, enfin
quelques jours pardon, et je me dis « Que faire ? », parce que ce
n'est pas rare, j'ai fait deux constats de décès comme ça de
patients morts chez eux depuis... (Anne : Tout seul) Mort dans
400 une détresse que je suppose, en tous les cas dans des conditions
de dénuement absolu. Voilà.

Anne : C'est une part significative de votre...

M1 : Ah, ben dans mon activité je pense que 30% de mes
405 patients sont dans des situations précaires. Et je m'en suis
d'autant plus aperçu qu'il y a une petite nouveauté qui est passée
relativement inaperçue au niveau sécurité sociale, c'est-à-dire
qu'on pet maintenant, sans accord de la sécurité sociale,
410 pratiquer le tiers payant. C'est-à-dire qu'on se paie directement
15,40€ par la sécurité sociale et les patients nous paient 6,60€,
voir 2,20€ parce qu'à Pont-à-Mousson j'ai un certain nombre de
patient qui dépendent du régime mosellan donc qui sont assurés
à 90%. Et ça s'est su quand même, et effectivement j'ai aussi
415 beaucoup beaucoup de patients qui me demandent le tiers
payant. Et certains patients que je découvre pauvre par ce biais
là, encore plus pauvre que je ne l'imaginai parce que toujours
enfin de mois ils ne peuvent pas me donner les 2,20€ pour ceux
qui sont assurés en Moselle. C'est vraiment hallucinant. Et j'ai
420 un réseau de spécialistes qui acceptent de prendre ces patients là.
(M5 : ben heureusement !) Y compris des urologues. (*sourires*
dans la salle)

M5 : C'est une bonne nouvelle !

M1 : Je pense qu'en leur passant un coup de fil on peut arranger
425 les choses.

M5 : Oui, biensûr.

M1 : J'ai des dentistes aussi, etcetera.

Anne : Et ça vous amène à pratiquer différemment avec ceux là,
430 avec ces patients précaires ?

M1 : Et bien non ! Non, je travaille sur rendez-vous, je ne
travaille que sur rendez-vous, je ne fais pas de visites à domicile.
Ce sont des patients, qui, comme les autres, viennent à leurs
rendez-vous, enfin il faut être un petit peu tolérant bien sûr mais
ils ont des rendez-vous comme les autres patients. Comme je ne
travaille que sur rendez-vous et que je m'oblige pour des raisons
de salles d'attente comme l'a évoqué, je ne sais plus qui, je
m'oblige à être à l'heure pour éviter les croisements non
440 souhaitables dans la salle d'attente, je m'oblige à peu près à être

445 à l'heure, et ça marche.

Cécile : En fait, dans les difficultés, et dans les patients précaires que vous pouvez croiser les uns ou les autres, ça peut évoquer différentes formes de précarités. Quand on parle de précarité, c'est des particularités de prises en charges qui peuvent être ressenties comme difficiles, qui sont inhérentes à une forme de précarité, quelle qu'elle soit, qui peut être très variable en fonction de la zone d'activité, des choix personnels, des circonstances. Ça ne peut être qu'intéressant de vous entendre évoquer certaines formes de précarité, finalement peut être qu'il y a dans la prise en charge d'autres formes de précarité pour lesquelles il y a des difficultés que vous diriez inhérentes à ces formes de précarité.

450
455
460 M3 : Ben la précarité c'est pas forcément avoir des difficultés financières hein ! Tout à l'heure j'évoquais (30 : 35 incompréhensible car bruits parasites). Quand vous allez chez des personnes âgées tout à fait aisées qui ont de très belles maisons mais qui sont seules sans personnes c'est une forme de précarité qui nous pose un problème de gestion. Ça nous pose pas un problème...comme dirais-je...en terme d'exercice, on va faire la même chose pour tout le monde. Ça nous pose un problème parce que lorsqu'il y a un patatra, y a une personne, tout le monde s'en fou. Donc on va gérer seuls, prendre les décisions seuls, théoriquement ça nous gêne pas mais c'est une conduite différente par rapport à une personne âgée qui serait entourée de sa famille, avec qui on pourrait discuter. C'est une forme de précarité, c'est ce que vous dites.

475 Anne : Une forme de précarité relationnelle là.

M3 : Oui, précarité relationnelle. Je crois qu'il ne faut pas limiter, enfin Moi je ne limite pas la précarité à la condition sociale, économique. La précarité ça a plein de formes, plein de visages, c'est pour ça qu'on y est tous plus ou moins confrontés. Pas tous de façon frappante, comme notre collègue qui lui, baigne dedans, c'est peut être aussi plus difficile aussi pour lui de gérer certaines situations que nous, mais ça reste une forme de précarité.

480 Anne : Oui, ce qui est intéressant, c'est que tout à l'heure vous disiez « Je n'en rencontre pas » et là finalement...

485
490 M3 : C'est pour ça que je disais qu'il faut s'entendre sur la précarité, de quoi on discute. Si on se limite à la précarité économique c'est sûr que certains d'entre nous ne pourront pas donner beaucoup d'exemples. Heureusement je dirais, il y a quand même des endroits où ça se passe pas trop mal. C'est vrai que maintenant que on commence à voir la précarité au sens très large, c'est sûr on en a tous. Et la gestion n'est pas la même.

Cécile : Ce qui nous intéresse c'est que vous mettez derrière.

500 M4 : Pour moi la précarité elle est économique et sociale. Pour moi la solitude c'est pas de la précarité. C'est ma vision des choses.

505 Anne : Vous utiliseriez un autre mot peut être ?

510 M4 : Pour moi la solitude c'est pas de la précarité. Quelqu'un qui est sous tutelle c'est pas non de la précarité. Pour moi la précarité c'est quelqu'un qui a pas les moyens financiers d'accéder aux soins en ce qui nous concerne en tant que médecins, et sur le plan social c'est quelqu'un qui a pas les moyens d'accéder à des tas de choses sur le plan social. Et qui effectivement quand il arrive à la fin du mois n'a plus qu'un paquet de pâtes à partager avec les trois enfants. Voilà. Qui a des grosses difficultés, qu'il travaille ou pas, parce qu'aujourd'hui, enfin j'espère que ça va s'arrêter avec les RSA, mais aujourd'hui on a des gens qui travaillent et qui sont en situation de précarité.

515 Anne : Vous semblez vous attacher à ce qu'il n'y ai pas de confusion entre précarité et fragilité.

520

M4 : Oui, pour moi la fragilité c'est autre chose, c'est pas la même définition, ne rentrent pas dans la précarité les gens qui sont seuls.

525 M1 : Quoi que, c'est multi-factoriel la précarité, c'est à la fois multi-factoriel et on retrouve toujours quand même avec la précarité sociale, la précarité affective, la précarité dans les relations, la précarité souvent économique, c'est un tout quand même. Et j'aurais dit, même sexuelle dans les foyers où je travaille c'est flagrant.

530 M4 : Il m'est arrivé, quand j'étais jeune médecin de conseiller une dame d'aller en maison de retraite parce que c'était compliqué avec les quatre étages elle avait du mal à monter etcetera, et y avait tout un tissu social qui s'était installé autour d'elle tant qu'elle était dans son appartement au quatrième étage elle était bien. Elle est partie en maison de retraite malheureusement sur mes conseils entre autres, et de sa fille aussi, elle s'est retrouvée dans un état de solitude totale, elle est morte dans sa maison de retraite seule, elle a jamais en situation précaire, pour moi.

535 Anne : Pour vous c'est autre chose.

540 M4 : Pour moi c'est deux choses différentes. C'est ma vision des choses, je dis pas que j'ai raison mais personnellement je ne vais pas aborder les choses de la même manière.

545 M3 : Mais ça peut conduire à une précarité, tu vois des gens qui sont quand même aisés, qui se retrouvent seuls et qui finissent pas se retrouver avec des poux, qui sentent mauvais, qui n'ont rien dans le frigo, j'en ai vu !

550 M2 : Mais c'est une association. Je ne sais pas si le fait d'être sale c'est une définition de la précarité. Tout dépend où on met le seuil, moi je parlerais de difficultés financières pour résumer la précarité. C'est vrai que là, je pense à une patiente qui est en grande difficulté actuellement parce qu'elle a perdu son emploi, elle a de grandes difficultés pour venir consulter parce qu'elle n'a pas encore droit à la CMU du fait qu'elle gagnait sa vie l'année dernière. Là elle dit « Ben ça je le ferais pas, j'ai pas les moyens, j'attends d'avoir la CMU ». Et ça, en réfléchissant, je l'ai rencontré à plusieurs reprises, des gens qui sont en attente de prise en charge CMU et qui pendant une période donnée sont vraiment dans une difficulté de soins qui est extrêmement compliquée à gérer pour eux, eu pour ceux qui ont la chance de trouver un emploi ils vont bénéficier de la CMU encore pendant un an alors que là c'est plus justifié. Je trouve vraiment que là, il y a quelque chose qui va pas.

565 Anne : Le système est trop long à ...

570 M2 : Il y a un décalage complet. Et ça c'est vrai que, alors encore une fois où met-on le seuil de précarité, mais si la précarité c'est une des conséquences de la difficulté d'accès aux soins, oui, j'en ai quelques uns.

575 M6 : Pour ma part j'ai plutôt une situation proche de celle de M1 je pense. C'est-à-dire que la précarité c'est vraiment mon quotidien, j'ai pas calculé mais je pense que c'est la majorité de ma clientèle. Si je réfléchis comme ça aux gens que je viens de quitter ce soir, une dame qui est venue parce qu'elle fait une entorse grave de la cheville et y a toute cette dimension je dirais factorielle, assez globale, par exemple cette dame, elle a un problème financier, elle est de 18 000 € à la cave parce que son ami vivait un peu chez elle un peu ailleurs et un jour y a l'inspecteur qui est venu et qui a dit « Finalement vos prestations de la CAF sont indues vous devez les rembourser. », en même temps pendant la consultation elle a eu un coup de téléphone elle devait aller chercher sa fille au commissariat à l'autre bout de la ville parce que elle avait fait une connerie quelconque, etcetera, pas moyen de prendre le bus, elle est partie avec son entorse parce que le flic exigeait qu'elle vienne chercher sa fille. Bon, je pense que sur chaque patient comme ça y aurait un tas d'histoire à raconter ! C'est vraiment une globalité je pense. La précarité étymologiquement parlant ça veut dire que vous n'avez pas de

sécurité, et c'est je crois le signe le plus important, c'est l'absence de sécurité par rapport au lendemain, par rapport à ce qu'on va devenir, et on voit dans quelques situations comme celles là que jamais, enfin pour beaucoup de gens ils ne savent pas ce qu'ils vont devenir, je dirais pas le lendemain mais dans les mois, les années qui viennent, alors c'est très difficile pour eux d'imaginer un avenir autant pour eux que pour les enfants. A propos d'enfants, y a aussi cette dimension d'exclusion qui est aussi très importante, qui est essentielle, je crois plus importante encore que la dimension financière. Y a des gens qui vivent avec très peu mais qui ne sont pas dans l'exclusion, et y a quand même beaucoup de gens qui sont dans l'exclusion et ça c'est un problème énorme, c'est-à-dire des gens qui vivent un peu enfermés dans un quartier ou alors avec très très peu de relation. Beaucoup de gens me disent « vous êtes la seule personne à qui je parle », je sais pas si c'est vrai, j'espère que non ! Mais y a très très peu de gens, en fait ils ont un tissu de relations, un soutien social qui est extrêmement restreint. Je pense que ça c'est très important.

Anne : Lié à une question résidentielle, de quartier ?

M1 : Alors effectivement y a le fait d'habiter un quartier qui est quand même un ghetto c'est vrai, mais aussi une stigmatisation sociale, c'est assez compliqué à décrire, je pense à une dame dont la petite fille a cassé à trois reprises ses lunettes, qui n'ose pas aller chez l'opticien refaire des lunettes. L'opticien lui dit, parce qu'elle a fini par y aller, c'était la petite fille qui était en cause, elle ne voyait rien à l'école et ne pouvait pas suivre. Et l'opticien lui « Bon maintenant il me faut une nouvelle ordonnance de l'ophtalmo » et aller chez l'ophtalmo c'était encore un autre monde, un rendez-vous, encore une difficulté d'accès au soin, c'était encore une complication, après on a trouvé le moyen de passer au-dessus de cette difficulté là parce que j'ai pu faire moi-même une ordonnance de lunettes, mais il fallait encore faire une démarche à la Sécu pour que le devis soit accepté, etcetera. Enfin, ça fait tout ça à payer. En même temps sa petite fille va chez l'orthophoniste, elle a arrêté parce que disons que ce sont pour beaucoup de gens, disons une difficulté dans les relations sociales qui fait que très vite quand quelque chose ne va pas, ils ressentent une humiliation qui est très forte et qui les empêche d'aller faire des démarches, d'aller voir des gens qui pourraient les aider, d'aller demander ceci et cela, parce que le quotidien pour cette situation là c'est d'aller sans arrêt quémander à droite et à gauche. Donc je le ressens plus évidemment sur le pan financier, c'est vrai que j'ai beaucoup de gens qui n'arrivent pas à me payer ni même la partie [43 :25]. Et puis qui surtout, je pense, ont des difficultés à se soigner parce qu'il faut aborder un certain nombre de choses, que ce soit dans le domaine de la santé ou le domaine social ou il faut aller à un certain nombre de guichets.

Anne : C'est presque des freins culturels, sociaux ?

M1 : C'est des freins qui sont de l'ordre de la stigmatisation. Ils ressentent très fort de leur côté ce regard très fort des nantis qui est : Ces gens là sont sales, mangent mal, picolent, enfin font tout ce qu'il ne faut pas ! Et eux ils le ressentent de leur côté ce regard, et c'est un regard qui fait qu'ils ne préfèrent pas y aller.

Anne : Comme s'ils anticipent le regard de rejet.

M1 : Voilà. Je crois que c'est ça la chose la plus importante. Moi, si j'ai un message que je voudrais donner aux médecins c'est que je sais bien que pour eux c'est difficile, l'accueil chez le médecin, comment on le fait et comment on peut, si on veut pouvoir s'en occuper, accepter des gens qui ont des difficultés d'expression, qui vont mal expliquer leurs problèmes, qui vont facilement ne pas pouvoir venir parce qu'ils ont pas l'impression de ne pas avoir [45 :05] et donc ça c'est aussi un travail relationnel qui est à apprendre, parce que c'est une cause d'exclusion je pense.

Anne : Il y a un point qui n'a pas été du tout abordé, je pourrais peut être poser la question. C'est la question des migrants, est-ce que c'est...

Cécile : Est-ce que les migrants peuvent être pour les uns et les autres un public précaire pour différentes formes, pour différentes raisons, c'est-à-dire pour des raisons qui font que les prises en charge sont difficiles ou demandent des outils, présentent des freins particuliers ?

M5 : Les migrants ont des problèmes spécifiques, en matière d'accès aux soins, de difficultés d'insertion. Mais heureusement ils ne sont pas tous en situation de précarité. Ceci étant, quand la précarité leur tombe dessus ça ne fait que s'aggraver. J'allais dire ils sont parfois encore plus précaires que les autres.

Anne : Il y a une superposition de...

Cécile : Encore une fois on peut simplement préciser que la précarité, effectivement telle qu'on l'envisageait c'était un sens assez large, au sens un peu de l'OMS, c'est-à-dire l'absence d'une ou plusieurs sécurité(s), pas forcément, uniquement un statut socio-économique. Je pense que dans les patients, chacun rencontre d'autres formes de précarité qui peuvent rendre les prises en charge, les consultations, plus compliquées qu'une autre.

M5 : Parmi ceux que je connais, j'en vois pas beaucoup non plus, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui va à l'encontre, enfin qui corrige un peu cette tendance à la précarité, c'est le fait d'une relative solidarité, de constitution de groupes culturels et familiaux, et que c'est probablement pour eux une façon de se confronter à la précarité.

M1 : Tout à fait. Au niveau de pratique, je soigne une importante communauté de turques en fait, et il se trouve que je prends en charge des demandeurs d'asile, et je crois qu'il y a une précarité liée à cette insécurité là. C'est-à-dire que les demandeurs d'asile n'ont plus rien, n'ont plus de langue maternelle, plus de repères physiques, plus de repères sociaux, plus de repères culturels, plus de repères religieux souvent. Ils n'ont plus rien effectivement et c'est vraiment problématique. Alors pour les turcs c'est...c'est une population un peu particulière, qui vit en milieu relativement clos, les turcs qui sont à Pont-à-Mousson viennent de l'Est de la Turquie donc des Kurdes, et des anciens paysans qui vivent en milieu extrêmement fermé, et à mon avis l'inconvénient d'un milieu fermé c'est que des jeunes turcs qui viennent pour se marier en France avec des familles qui sont déjà implantées, c'est leurs cultures mais malgré tout c'est comme ça, ces jeunes sont dans une situation de précarité extrême car totalement dépendants de la belle-famille dans laquelle ils arrivent et finalement semblant avoir une sécurité parfaite parce que tout est prévu, tout est organisé etcetera, mais étant dans une précarité absolue parce que le fait de vivre en milieu fermé ne leur permet pas d'apprendre le français, de se confronter à la population française. Et pour les soins, ça fait 28 ans que je travaille à Pont-à-Mousson, donc 28 ans que je m'y suis collé, j'ai pour ma part appris quelques mots de turc pour pouvoir communiquer avec les primo-arrivants, notamment les jeunes femmes qui arrivent, pour qu'elles puissent avoir un dialogue avec quelqu'un, hors communauté turque, ne serait-ce que pour l'accès aux soins. Mais je pense que là, y a une précarité. Et puis, là où je travaille y a des vieux migrants, c'est catastrophique aussi ! Des vieux maghrébins qui on 75 – 80 ans, qui sont arrivés là dans les années 65 – 70 quand y a eu un appel local au niveau de l'usine de Pont-à-Mousson et qui souvent ont quitté leur pays pour des raisons parfois un peu particulières, la guerre d'indépendance etcetera, qui vivent dans 9m2. Ils semblent insérés mais en fait ils sont insérés dans leur chambre quoi, ils traînent leurs...

M4 : Et puis y a le phénomène intergénérationnel qui commence à apparaître. Ce sont des gens qui ont des enfants, qui n'arrivent plus à contrôler, avec un enfant qui est en prison là, un autre qui fait des trucs au commissariat, un autre qui frappe, le père, la mère, les frères et sœurs, ces gens sont complètement perdus, ils avaient des valeurs, ils s'en sortaient plus ou moins et là tout explose parce qu'il y a un, deux ou trois enfants qui perdent le fil quoi. Et en plus ils reconnaissent pas leurs enfants dans leur culture, qui est souvent une culture de respect.

- 750 Anne : Vous rencontrez ces gens ?
- M4 : Oui, moi j'en rencontre ça de temps en temps oui. Encore ce matin, une dame qui s'est fait frapper par son fils qui s'est retrouvée à l'hôpital, qui est tombée par terre, qui comprend pas.
- 755 Là c'est pas une situation de précarité mais dans certaines familles qui est dans une situation fragile, ça peut complètement amener un déséquilibre qui lui malmène la structure familiale.
- 760 Anne : Est-ce qu'ils sont particulièrement concernés par la précarité ? Est-ce que c'est une clientèle plus particulière ?
- Cécile : Est-ce que dans votre prise en charge vous pouvez ressentir des difficultés ou des particularités inhérentes à ce statut de migrant.
- 765 Tous : Ah oui, aucun doute, dans la culture, oui oui, pas de doute.
- 770 M1 : Et dans la conception de la maladie. Les turcs c'est absolument ahurissant ! Quand j'essaie de comprendre comment ils peuvent se représenter la maladie. Avoir une maladie ça n'existe pas en turc, ils sont une maladie, donc ça peut expliquer tout. On imagine un turc qui a par exemple un cancer, il n'a pas un cancer il est un cancer, avec tout ce que ça peut signifier ! Ils n'ont pas un mal de tête ils sont le mal de tête. Effectivement, ça explique l'aspect... Les turcs c'est insupportable ce qu'ils supportent ! Toi t'arrive t'es une chiffé molle quoi ! Ils sont leur mal de tête donc il faut qu'ils l'expriment, ils peuvent pas l'avoir, ils le sont.
- 780 Anne : Et pour vous c'est difficile de les soigner ?
- M1 : Ah ben oui ! Oui, oui, enfin c'est difficile, entendons-nous ! De temps en temps j'ai envie de leur en foutre une !!! Voilà, c'est hallucinant quoi ! Ils sont la maladie, ils représentent la maladie. Alors effectivement ça peut être une difficulté d'accès aux soins. Je suis désolé mais bon, il me semble que je l'ai compris, mais je pense tant qu'on n'a pas compris ça avec ces populations là, ça ne peut qu'entraîner le rejet et la difficulté dans l'accès aux soins. Bon, je dis les turcs parce que je les connais bien, les autres je ne les connais pas, je ne sais pas. Ça entraîne tellement de difficultés d'accès aux soins que sur Pont-à-Mousson il y a quelques années, on a monté un groupe de réflexion avec des psychiatres du centre médico-psychologique et des travailleurs sociaux aussi, pour essayer de comprendre...euh...de comprendre tout simplement ce qu'on ne comprenait pas !
- 785
- 790
- 795
- 800 Cécile : Du coup c'est pas la même façon de proposer des soins, de proposer ce qu'on peut leur apporter nous comme médecins, on n'a pas la même façon d'amener les objectifs de prise en charge c'est ça ?
- M1 : Il me semble qu'un objectif de prise en charge est un objectif de prise en charge mais qu'il doit être expliqué dans des termes compréhensibles. Les turcs, pour le foie et le poumon c'est le même mot, y en a un qui est blanc et l'autre qui est noir. Enfin voilà, on imagine n'importe quoi. Il faut préciser quoi, c'est tout, autrement ça entraîne l'incompréhension et la prise en charge est la même. Mais il faut préciser, en fait pour eux c'est le foie blanc ou le foie noir.
- 805
- 810 M2 : Mais je ne comprends pas bien, est-ce que les migrants sont précaires ? (s'adresse à Anne).
- 815 Anne : Non mais c'était la question que je me posais.
- M2 : Mais pas nécessairement. On parle de difficultés d'accès aux soins, c'est vrai que moi j'ai des difficultés culturelles vis à vis de certains migrants parce qu'on parle pas le même langage, on n'a pas le même ressenti, mais je ne considère pas du tout ça comme de la précarité ! C'est le fait de ne pas avoir la même culture où moi je suis précaire à eux quoi, enfin j'ai pas la même culture où moi je suis précaire à eux quoi, enfin j'ai pas la même précarité euh la même culture qu'eux. Je pense que quand tu parles des turcs qui sont leur maladie etcetera, on est dans des
- 825 différences culturelles enfin pour moi on n'est plus dans le cadre de la précarité.
- M6 : Je pense aux turcs aussi, j'en soigne énormément, il y a une grosse communauté turque aussi à Nancy ! Il y a une solidarité énorme, y compris sur le plan du travail qui sont à eu, qu'ils ont monté et ils s'embauchent les uns les autres. Donc c'est pas mal quand même ! Ce que je veux dire c'est que c'est excluait aussi d'une certaine façon, parce que pour un certain nombre d'entre eux, je dis bien pour un certain nombre d'entre eux, faire tourner une entreprise ça suppose d'être bien dans ses talons. Ça peut être un obstacle à aller de l'avant et à sortir de sa maison. Pour les turcs en particulier. J'ai plutôt l'impression que pour ces migrants là qui sont des gens plutôt dynamiques, tous les migrants ne sont pas les plus précaires, on en trouve beaucoup qui sont plutôt dynamiques, ceci dit, ceci dit ... Attention ! Il y a quand même des handicaps qui sont propres aux migrants, qui sont sur le marché de l'emploi, sans parler des problèmes de la précarité du statut, y en a quand même beaucoup qui sont en situation complètement... enfin sans papiers, ou alors avec une durée de validité. Donc ça c'est une précarité en soi, le fait de ne pas savoir si vous aller pouvoir euh... Y en a un certain nombre qui sont comme ça sur le fil du rasoir, en position quasi clandestine, n'ayant pas de droit en France, sans papier quoi.
- 830
- 835
- 840
- 845
- 850 Anne : Ce que j'entends c'est que certains sont plus sur une approche de la précarité sociale et économique et parmi vous d'autres disent qu'il y a d'autres formes d'insécurité, relationnelles, Etc. qui font que ces patients là peuvent être difficiles je dirais à accompagner, à soigner.
- 855
- M6 : Ben c'est un problème en soi pour eux. Il y a aussi des gens qui des pathologies propres à ce qu'ils ont subi dans leur pays d'origine, qui sont secondaires, qui ont des syndromes post-traumatiques. Ça c'est très difficile aussi parce que tout ce qui est psychothérapie avec les migrants, dans la mesure où il n'y a pas de psychothérapeute qui parle leur langue, et où l'interprétariat n'est pas évident. Je pense à un patient qui est très très fermé, qui décrit des symptômes, des malaises, des chutes, des pertes de connaissances, etc., qui sont d'origine psychologique, mais il ne parle pas un mot de français, c'est vraiment difficile. Il se trouve que dans la communauté turque je connais une personne qui sert d'interprète, très largement au-delà de sa famille, et même avec des gens qu'elle connaît pas du tout, et dont je me sers très largement. Dans ce cas je ne peux pas me servir d'elle parce qu'elle est proche de ce monsieur, mais c'est quand même un gros problème, la prise en charge thérapeutique avec des gens qui ne parlent pas français, c'est vraiment difficile.
- 860
- 865
- 870
- 875 Cécile : Mais effectivement, c'est vraiment les différentes formes de précarité pas strictement en termes uniquement d'accès aux soins mais aussi dans la relation de soin ou dans la prise en charge, parfois on rencontre au quotidien des difficultés qu'on pourrait penser être inhérentes à une forme de précarité qui fait qu'on a besoin éventuellement d'outils particuliers, qui fait qu'on met en œuvre d'autres choses.
- 880
- Anne : C'est peut être l'occasion puisque l'heure tourne qu'on puisse parler un peu des réponses, des besoins qui sont les vôtres face à ces problèmes de précarité, qu'elle soit prise au sens stricte ou pas au sens limité à la précarité économique et sociale, qu'elle soit plus vaste, peut être qu'il serait intéressant de voir comment vous réagissez, de quels outils vous auriez besoin.
- 885
- M6 : C'est très intéressant de le demander au stagiaire ça ! Je pense à une réflexion /
- 890
- Cécile : C'est à vous qu'on le demande !
- 895
- M6 : Je pense à une réflexion, je crois que c'était Séverine, il y a un tas de trucs sur le plan du fonctionnement du système social, y a un certain nombre de tuyau à connaître, de ficelle à connaître pour favoriser l'accès aux soins dans telle ou telle circonstance, savoir où orienter les gens, vers quel spécialiste ou quel service hospitalier, enfin un certain nombre de chose permettent de lever certains obstacles, qui sont des choses à savoir et qui sont pas
- 900

- évidentes. Si je prends des stagiaires qui sortent pas tout à fait de la fac, mais qui disent qu'il y a beaucoup de choses à savoir, alors que moi-même je ne me rends plus compte parce qu'on baigne dedans tous les jours depuis un certain nombre d'années, elles, elles s'en rendent compte.
- 905 Anne : Justement, M4 vous disiez tout à l'heure : « on n'a pas été formé à ça », vous avez le sentiment e manquer d'outils ?
- 910 M4 : Bien sûr !
- Anne : De repères ?
- 915 M1 : Mais est-ce que les ...euh...pour faire simple, est-ce que le problème par rapport à tout ça c'est pas les médecins ? Est-ce que finalement nous sommes des précaires aussi ?! Souvent quand j'ouvre la porte de ma salle d'attente, ou quand je termine une consultation et que je vais chercher le patient suivant, moi aussi je ne suis pas sûr de mon avenir. C'est-à-dire que par rapport au patient suivant, je ne sais pas trop ce qu'il va me dire. Et est-ce que, comment dire... le problème des médecins par rapport à la précarité, si problème il y a d'ailleurs, je ne sais pas en fait, est – ce que ce n'est pas malgré tout quand même en partie le regard et l'attitude du médecin par rapport à certains patients ? Parce que pour qu'un patient soit exclu...il faut qu'en face de lui il y ait quelqu'un qui soit inclus, pas de problème...
- 920 M6 : Ou qu'il soit excluant !
- 925 M1 : Pardon ? Oui, ou qu'il soit excluant ! Effectivement est-ce que le problème c'est l'exclu ou c'est celui qui est en face et qui n'arrive pas à avoir assez de mobilité pour pouvoir jouer un petit peu sur tous les tableaux ? Je ne sais pas si ça répond à la question, c'est une citation qui m'est venu à l'esprit, comme ça.
- 930 M5 : Je crois bien comprendre ce que tu dis, c'est-à-dire que c'est certain qu'on manque d'outil, on manque de repères, on manque de connaissances d'un certain nombre de tucs, de réglementation, de possibilité, etcetera, mais on ne sait probablement pas communiquer avec ces gens qui sont en face de nous. Et que dans ces situations là l'un ne va pas sans l'autre, c'est-à-dire qu'on a besoin des deux, les outils mais aussi la façon de s'en servir.
- 935 M4 : Je ne suis pas sûr que M1 disait ça.
- 940 M1 : je ne sais plus pourquoi je disais ça. C'est « repères » qui m'a fait partir ! Repères.
- 945 M4 : J'ai commencé l'entretien en me disant que peut être le problème c'était moi.
- 950 M5 : C'est toujours toi !!!
- 955 Anne : On ne règle pas ses comptes !
- M4 : ça veut dire que moi je suis resté dans un endroit où ce n'est pas ma clientèle habituelle. Alors quand je vois débarquer dans mon cabinet quelqu'un qui est différent de ce que j'ai l'habitude de voir peut être que mes a priori à moi vont influencer la consultation. C'est comme ça que j'ai commencé. On voit bien ici, qu'il y a deux groupes, ceux qui ont l'habitude d'eux et ceux qui n'ont pas l'habitude, donc c'est plus un problème pour ceux qui n'ont pas l'habitude. Pour ceux qui ont l'habitude, ça fait 20 ans qui font ça, il y a peut être eu au début un choix d'installation, un a priori qui fait qu'ils se sont installés là, qui correspond au même choix de s'installer à la ville. Je ne me suis pas installé à la campagne, je sais pourquoi, je me suis installé à Villers, je sais pourquoi, j'ai fait de la psychiatrie avant pendant deux ans, j'ai fait du social pendant deux ans, je ne supportais plus le social donc je me suis dit « Je vais me mettre à un endroit où j'en ferais moins », probablement mes choix d'installation ont influencé mon activité, tout comme les leurs, j'en sais rein pour eux, je parle pour moi. Avec le temps on finit par prendre des habitudes de travail, et quand on est confronté à quelque chose d'inhabituel, il y a deux solutions : soit on se dit
- « Je n'ai pas l'habitude et je vais ouvrir grand mes oreilles, je vais aller vers eux », soit on se dit « Bof, je ne vois pas ça souvent, c'est pas très grave, j'ai un a priori, j'ai pas envie de m'ennuyer », enfin je n'en sais rien mais voilà. C'est pour ça que je dis qu'on est quand même deux groupes, deux façons de penser très différentes, et je crois que vous l'avez bien dit tout à l'heure, il y a deux façons de voir la précarité, et ces deux façons sont influencées par ce qu'on est, par notre travail. Quand M5 dit « On manque d'outil », il a parfaitement raison. Si moi je me suis plus intéressé à la précarité c'est tout à fait récent, c'est suite à une expérience personnelle dans d'autres pays, peu importe, sur un autre continent, parce qu'on a voulu monter un enseignement à la fac et j'ai fait cet effort d'aller à Médecin du monde voir ce que c'était que de travailler là dessus etcetera, mais tout le monde n'a pas... Donc peut être qu'aujourd'hui j'ai accepté en tant que médecin agréé de voir ces gens dont tu parlais (*à M1*) en situation de précarité, des gens qui cherchent à rester en France et qui doivent être reconduits à la frontière, donc j'interviens chez ces gens là et je les écoute avec certainement une autre oreille que je ne l'aurais fait il y a plusieurs années. Je sens moi même que j'évolue, je suis plus ouvert et donc je me rends compte maintenant que je manque d'outil. Oui, c'est vrai, je manque d'outil. Mais il y a cinq ans je ne manquais pas d'outils, ça ne m'intéressait pas.
- 980 Anne : Ce que vous dites c'est qu'il faut avoir un travail personnel déjà de sensibilisation avant de...
- 985 M4 : Oui, il y a cinq ans je ne manquais pas d'outils, ça ne m'intéressait pas. Donc il y a une évolution personnelle qui est due à un chemin de vie, et on n'a pas tous ici le même chemin de vie. Donc forcément, on n'a pas tous ici le même chemin de vie, notre appréhension du problème, ns a priori vont être très différents.
- 990 M2 : Je rigole parce que tu es médecin agréé, et puis moi je l'ai été aussi, enfin j'ai tenté de l'être, et puis le premier patient qui est venu me voir pour me demander de rester en France il est venu avec son frère et ils m'ont braqué tous les deux ! (*rires dans la salle*) Et du coup j'ai dit « Ben plus jamais ! »
- 995 Anne : ça c'était une difficulté !!!
- 1000 M2 : Il est venu en me menaçant, en me disant « Tu signe là ! » (*rires dans la salle*) Donc c'est une piètre expérience ! je ne me suis pas remis en cause là !!!
- 1005 Anne : Pour autant ce n'était peut être pas la généralité mais vous êtes mal tombé !
- 1010 M2 : Oui, ais moi ça a été le premier et ça a été le seul quoi !!!
- 1015 M6 : Je comprends bien ce problème, effectivement. Je suis médecin agréé en général par l'administration et quand ils m'ont demandé d'être médecin agréé pour ce problème en particulier j'ai dit « Non, non, merci, je ne préfère pas ! », parce que c'était des clients tous les jours, donc je me suis dit "je vais être en situation infernale avec eux". Je vais devoir jouer un rôle d'expertise et puis en même temps de... /
- 1020 M4 : Et encore on prend pas la décision ! On est là pour rendre un rapport au médecin de la DDASS qui prend la décision, et d'ailleurs il arrive aujourd'hui que les médecins de la DDASS qui prennent les décisions ne soient pas suivis par le préfet qui jette quand même, qu'il y ait un SIDA ou qu'il n'y en ait pas, enfin on est dans une société un peu difficile. Mais ces gens là ont besoin de nous quand même parce que c'est dramatique. (M6 : ah oui oui, c'est vraiment dramatique.) Toutes les histoires sont dramatiques. J'en n'ai pas vu une qui ne l'était pas !
- 1025 M6 : Oui, tout à fait, disons qu'ils se font virer...
- 1030 M4 : Oui, toutes les histoires sont dramatiques, je ne vais pas raconter toutes les histoires mais enfin si, les pauvres ils cherchent des trucs, comme ils sont pas médecins et qu'ils n'y connaissent rien ils amènent des dossiers vides mais tu te dis « Merde ! », voilà ! Comme celui qui se retrouve tout seul dans

- 1055 son pays d'origine, toute sa famille est là, lui il se retrouve tout seul là haut et il ne peut pas venir ici quoi? Ou celui qui est là avec sa copine et ils ont un enfant, lui il est jeté et puis elle, elle peut rester là. Enfin toutes les situations sont dramatiques ! J'en n'ai pas vu une qui ne l'était pas.
- 1060 Anne : Par rapport à ce qu'on disait tout à l'heure, pour faciliter votre exercice au quotidien avec ces différentes catégories, quels seraient vos besoins ? J'entends bien qu'il y a deux catégories dans ce groupe qui n'ont peut-être pas exactement les mêmes besoins. Des idées...
(silence)
- 1065 M1 : Etonnamment, je n'ai pas besoin ! Pas besoin comme ça « Tiens il me faudrait ça pour », je me suis créé je pense tout un environnement de travail qui fait que je sais effectivement à qui je peux passer un coup de fil pour avoir autre chose qu'un paquet de pâtes à la fin du mois et du lait, la banque alimentaire, je sais à quelle assistante sociale téléphoner, à quel foyer, j'ai un carnet d'adresse en fait.
- 1070 Anne : Donc pour ça c'est quelque chose d'important, d'avoir un réseau ?
- 1075 M1 : J'ai créé sur le secteur de Pont-à-Mousson tout un réseau effectivement, où nous nous réunissons entre professionnels du champ médico-social très régulièrement, donc e pense que tout ça c'est aidant quand même, nous nous connaissons, nous travaillons ensemble. C'est peut être plus facile parce que Pont-à-mousson c'est une petite ville de 15000 habitants, donc c'est facile d'avoir un réseau sur une ville comme Pont-à-Mousson.
(Anne propose la parole à M4)
- 1080 M4 : je vais laisser la parole à mes collègues parce que je parle beaucoup, j'ai des idées oui mais ...
- 1085 M2 : Ben... moi j'ai pas trop de besoin non plus parce qu'étant très peu confronté à ça. Donc c'est vrai que le peu de cas que j'ai pu rencontrer j'ai réussi à faire face parce que j'avais le temps de le faire, c'est des exceptions quoi. Mais je dirais que la plus grande difficulté c'est le temps, parce que c'est des gens qui demande plus de temps. Mis à part ça, moi, avec le peu de patients qui présentaient des difficultés j'ai toujours pu faire face. C'est chronophage quoi, c'est tout.
(silence, personne n'ose prendre la parole)
- 1090 M4 : Moi, l'idée que j'ai c'est qu'on a mis en place une formation initiale / (M3 semble vouloir parler) Ah tu voulais parler ?
- 1095 M3 : Non mais vas-y ! ... Non mais je crois que M1 s'est finalement fait un outil de travail, tu t'es fait un outil de travail étant confronté à ça, et t'as pu te créer un cercle de gens, comme tu dis « j'ai moyen pour qu'elle n'ait pas qu'un paquet de pâte pour la fin du mois. Malheureusement, nous on est si peu confronté à ce genre de problème que si moi j'avais une patiente comme ça, je ne saurais pas à qui téléphoner. (M4 : voilà, c'est ça !) Alors ce qui serait bien c'est que si ça existe pas sur Nancy, qu'on développe [1 :17 :00]. C'est le seul truc que je dirais. Si on part sur la priorité économique, de gens qui sont vraiment en grande difficulté, qui n'ont qu'un litre de lait, c'est de pouvoir prendre le téléphone, de dire « Voilà, en face de moi j'ai une patiente qui a un problème » Ben on va dans cet endroit là et on se débrouille un petit peu. Mais j'en n'ai pas ! A part de lui dire « Allez voir à la sortie du Leclerc, peut-être que les Resto du Cœur ils feront quelque chose pour vous », mais bon ça c'est un peu court. Donc je préférerais avoir un petit annuaire avec des numéros utiles.
- 1100 M4 : C'est peut-être ça l'idée.
- 1105 Anne : C'est peut-être ça oui.
- 1110 M4 : Il y en avait deux, la première c'est que, déjà c'est la deuxième année qu'on met en place à la fac de médecine La deuxième idée c'est un référentiel, il existe un annuaire sanitaire et social dans la région Lorraine, rattaché ou pas rattaché au Conseil Général, soit fait par qui vous voulez, un référentiel.
- 1130 Voilà, je suis à Villers, je suis à Nancy, je suis à Pont-à-Mousson, je suis à Blamont, je suis je ne sais où, qui va m'aider à résoudre ce problème, qui je dois appeler ?
- 1135 M3 : On va faire un truc plus simple /
- 1140 M2 : C'est une volonté politique. Hors la volonté politique ne va pas du tout dans ce sens là actuellement.
- 1145 M4 : On nous demande des idées, on nous demande pas des solutions !
- 1150 Cécile : On vous demande ce qui dans votre pratique vous imaginez qui pourrait être utile.
(tout le monde parle en même temps)
- 1155 M3 : c'est plutôt « les précaires pour les nuls » quoi !!! Et les nus, c'est nous !!!
(brouhaha, rires dans la salle) Oh ça pourrait faire le titre de votre thèse !
- 1160 Anne : Oui, donc vous (s'adresse à M4) parlez de la formation et puis de ce /
- 1165 M4 : Il existe pour d'autres pathologies des réseaux. Ça s'est beaucoup monté pour les diabétiques, voilà vous êtes un peu ennuyé, vous appeler le réseau, vous expliquez le problème et il vous propose des solutions. Il n'existe aucun de réseau pour la précarité à ce que je sache.
- 1170 M1 : C'est pas une pathologie quand même !
- 1175 M4 : Oui mais c'est le même principe.
- 1180 M1 : Ben quand même...
- 1185 M2 : Faudrait qu'il y ait des urologues dans le réseau parce que... !!! (rire général)
- 1190 M1 : le problème c'est que quand même, on ne pratique pas, ou plus une médecine compassionnelle ! On n'est pas là uniquement pour soulager les gens, je veux dire par là que le but c'est quand même de l'éradiquer cette précarité.
- 1195 M4 : C'est pas non plus notre rôle. Enfin à moins que t'ais les moyens de trouver des logements aux gens et de...
- 1200 M1 : On doit quand même permettre au patient en situation de précarité de lui donner le goût de s'en sortir. Je veux dire par là que considérer ça comme une pathologie c'est souvent mettre une étiquette. Tu dis « le diabète » etcetera, c'est une étiquette.
- 1200 M4 : Non, non, je disais pas considérer ça comme une pathologie, je disais qu'on avait des soutiens dans les réseaux qui nous seraient bien utiles pour ces patients là. Le réseau peut être un réseau social. Je ne voulais pas le comparer au diabète, je parlais de réseau, voilà, c'est tout. Mais vous avez raison de me reprendre. Mais avoir des gens que vous pouvez joindre, savoir qui joindre, parce que moi j'ai déjà été confronté, j'ai appelé des assistants sociaux pour une personne, j'ai appelé, « Je suis allé en visite chez un patient, c'est catastrophique », j'ai décrit ce que j'avais vu. « Ecoutez, il a des problèmes d'incontinence, ça coule de partout chez lui, y a des urines partout, ça pue, c'est pas possible, qu'est-ce qu'on peut faire ? » Et je me suis heurté à des... Heureusement pour lui et pour moi il est mort donc c'est pas allé très loin, mais quand j'ai appelé, j'ai demandé qu'on me rappelle, on m'a jamais rappelé, j'ai appelé trois fois ! Comme j'ai appelé trois fois j'ai eu quelqu'un au bout du fil qui m'a dit « On s'en occupe » et puis il ne s'est rien passé de plus. Donc j'ai encore rappelé. Je me suis dit, « il est mort, bon », mais je me suis demandé si j'avais appelé au bon endroit, j'ai appelé les services sociaux de la ville de Nancy quand même ! Est-ce que j'ai appelé au bon endroit ?
- 1200 M2 : Pour les deux patients dont je parlais tout à l'heure, moi aussi j'ai appelé les services sociaux, et j'ai terminé par leur faire

- 1205 une lettre recommandée parce que je voulais qu'il y ait une trace de ça pour ne pas qu'on me reproche après de ne rien avoir fait parce que ça s'est vu des médecins qui ont été poursuivis pour n'avoir rien fait ! J'ai fait des signalements et rien ne s'est fait ! Rien ne s'est fait ! Ma patiente qui dort dans un tas de 50 centimètres d'immondices chez elle, et rien ne s'est fait ! J'ai alerté les services sociaux.
- 1210 M4 : Donc maintenant j'ai rencontré les gens de la PASS à Nancy et maintenant je sais que c'est eux qu'il faut appeler et pas les services sociaux de la ville de Nancy. Mais je ne le savais pas à l'époque. Donc c'est pour ça que je dis que peut-être on manque de... Toi (*s'adresse à M1*) tu sais donc c'est pas un problème, mais moi, maintenant je sais aussi parce que je m'y suis un peu intéressé, mais il y a cinq ans je savais pas.
- 1215 M5 : Alors j'ai une question, ça ne m'avait jamais frappé mais tu parlais de cette formation qu'on fait en médecine générale sur la question, on pourrait s'interroger : pourquoi les deux personnes qui ont lancé cette idée là n'était justement pas concernées ? C'est lui (en montrant M4) et moi. (rires) On est allés en chercher d'autres qui en savaient plus que nous !
- 1220 Anne : Comme s'il y avait quelque chose /
- 1225 M5 : Ben c'est certainement pas fait pour rire.
- 1230 M6 : J'ai envie de dire, dans le sens de ce que dit M1, c'est aussi avoir des bonnes relations et je pense que les gens disent, me disent « est-ce que c'est quelqu'un que vous connaissez ? ».
- 1235 M2 : je pense qu'on n'a pas le droit à l'erreur, on n'a pas le droit à l'erreur parce que quand on a des personnes qui sont mal reçues, ils nous en veulent.
- 1240 M6 : Voilà, ils aiment en fait le fait qu'on partage la cause de leur situation, c'est vraiment un contexte de l'équipe de soin, on partage le secret médical. Et le fait qu'il ait des relations avec différents acteurs est quelque chose de positif. Donc c'est à cultiver, c'est quelque chose dont on a besoin. Après des besoins, je pense qu'on en aura toujours, je veux dire on a toujours de insuffisance, forcément, et toujours des choses à travailler, sur le plan des connaissances qui permettent de venir en aide efficacement, sur le plan des capacités relationnelles, c'est quelque chose qui est toujours à travailler, une espèce d'objectif ultime. Et puis sur le plan aussi des capacités relationnelles avec les autres acteurs du système de santé et du social.
- 1245 Anne : Et ça vous avez l'impression que c'est quelque chose de plus important maintenant ?
- 1250 M1 : Ben ça se développe au fur et à mesure des années d'exercice.
- 1255 Anne : Par rapport à une patientèle classique.
- 1260 M1 : Au début, quand on a fait 20 ans dans le coin c'est quelque chose qui n'existe pas, donc oui, c'est toujours à travailler et améliorer tout ça.
- 1265 Cécile : Ce que disait simplement M4, c'est que de se poser des questions ça peut déjà être une ébauche.
- 1270 Anne ; La première étape.
- 1275 Cécile : Il y avait encore la forme de précarité que vous (*s'adresse à M3*) aviez évoqué par rapport à l'isolement aussi. Vous aviez l'air de reconnaître une situation à laquelle vous étiez confronté.
- 1280 Anne : Vous aviez l'air de dire que c'est quand même de la responsabilité du médecin d'accompagner, d'essayer d'aider ces personnes à s'en sortir.
- 1285 M3 : Responsabilité, non. Quand je vois quelqu'un qui va pas bien, ça m'ennuie mais j'y vois aucune responsabilité ni quoi que ce soit.
- 1290 M2 : Si l'isolement est une forme de précarité, j'avoue que là, moi je suis vraiment, vraiment impuissant. Je soigne pas mal de personnes âgées, personnes âgées qui souvent volontairement, je suis dans un petit village un peu particulier, c'est un village à l'intérieur de la ville, mais le tissu social est vraiment facile, les gens qui sont dans une maison, ils ont des voisins, mais y en a qui sont isolés. C'est vrai que je ne culpabilise pas du tout parce que je ne vois vraiment pas ce que je pourrais faire.
- 1295 Cécile : et ça n'a pas de retentissement sur les prises en charge, les soins, pour vous dans votre pratique.
- 1300 M2 : Non, si ce n'est que ce sont des gens qui demandent souvent à discuter, parce qu'ils discutent avec personne d'autre, et qui, plus que les autres, exigent que ça soit moi plus que mes stagiaires parce que c'est leur forme d'exclusion des personnes de l'entourage. Ils ont des rapports soignant/soigné avec moi, ils ont l'habitude, mais pas avec quelqu'un d'autre, je pense que c'est du même ordre. Qu'est-ce que je peux faire avec ces gens là ? Quelle aide on peut apporter ? Tous ce que j'aurais proposé comme contacts sociaux, comme groupe éducatif et social du quartier ça été refusé. Mais ça ne modifie pas ma pratique avec ces gens à, je ne crois pas. Je ne suis pas plus à l'écoute ni moins à l'écoute. Si ce n'est que j'essaie de les pousser un peu à créer des liens. Encore une fois c'est une particularité parce qu'il y a des gens qui sont véritablement isolés, qui n'ont pas ces liens sociaux, moi je parle d'un village.
- 1305 Anne : c'est sûrement une richesse. Donc au niveau des propositions, parce qu'on arrive un peu vers la fin. Est-ce qu'on a fait le tour des propositions d'amélioration ?
- 1310 M2 : C'est vrai que je parle un peu sans savoir, parce que je ne suis pas confronté à ça, mais je serais confronté à quelqu'un qui est précaire sur le plan matériel et qui voudrait avoir à faire à certaine spécialité, je serais très embêté parce que moi je n'ai pas de carnet d'adresses par contre. Je n'en ai pas. Je ne sais pas à qui l'adresser, je ne sais pas qui accepterait de le rencontrer, je ne sais pas.
- 1315 M5 : Tu l'envoie à l'hôpital.
- 1320 M2 : Oui, mais il y en a qui peuvent faire le choix de ne pas aller à l'hôpital parce qu'ils se sentent exclus de l'hôpital, et s'ils disent « moi, tout sauf l'hôpital », ben je ne sais pas, je n'ai pas d'adresse, c'est vrai. Et je pense qu'il y a des gens qui demandent à ne pas aller à l'hôpital, mais toi tu as des adresses, moi je n'en ai pas.
- 1325 Anne : Pour ces patients là on a besoin vraiment /
- 1330 M2 : C'est pas simple. Et puis, encore une fois on n'a pas le droit de se tromper. C'est-à-dire que si je l'adresse à un spécialiste qui le prend de haut et qui manifestement se fou d'eux, ça ils vont m'en vouloir et les gens ont raison parce que je ne suis pas informé avant.
- 1335 Cécile : Et ils n'iront pas forcément au bout de leur prise en charge.
- 1340 M2 : Ah certainement pas ! Si on le prend de haut, ça passera pas et là je vais culpabiliser.
- 1345 M1 : Mais il ne faut peut être pas non plus... pour faire simple, je pense que nous avons tous la patientèle qui nous intéresse sans en avoir l'air. C'est-à-dire que je pense que nous drainons chacun tous des patients, des clients, qui ne nous choisissent pas par hasard. Et je pense que, oui ben ça ne me choque pas que vous ne voyiez pas de patients précaires en plein cœur de Nancy.
- 1350 M5 : Pourtant, il y en a.
- 1355 M1 : Oui, effectivement mais à Nancy, il y a des structures d'accueil. Vous vous étonnez, si j'ai bien compris, qu'il y a peu

d'étudiants en médecine qui viennent au module.../

- 1360 M5 : Ah non non, c'est un enseignement récent / 1435 Anne : c'est vrai qu'on parle maintenant de travailleurs précaires.
- M1 : Optionnel.
M5 : non non, pas optionnel, qui fait partie du programme. Il a touché une centaine de personne depuis deux ans, c'est déjà pas mal.
- 1365 M1 : Que les médecins soient sensibilisés, oui, mais qu'on n'oblige chaque médecin à avoir un carnet d'adresses en leur disant « il faut il faut », bon... 1440 M3 : Donc, la santé précaire, on dit bien une santé précaire, ça veut pas forcément dire qu'il est dans le besoin, ça veut dire que la santé qu'il a actuellement, si nous, on ne fait rien, la mènera à une situation de précarité, économique, sociale, etcetera. Sur un plan large on peut la voir tout le temps. Je parlais de la solitude, on parlait des turcs, on peut parler des étudiants étrangers, moi je vis ça avec des iraniens, il y a un gros problème de langue, ils viennent avec le dico et on ne se comprend pas toujours, il y a une précarité, même s'ils ont les moyens de vivre en France. Il y a une forme de précarité de ce côté, ils ne sont pas sûrs, de s'ils veulent retourner la bas, ils ont un peu les pepettes, ils se sentent un peu espionnés aussi. Par contre, ils se font pas confiance, à l'inverse des turcs. Moi une fois j'avais justement, ils étaient arrivés là, je leur ai dit « Je connais d'autres iraniens - Oh non non non non ! -Je comprends pas, vous êtes une communauté, ça peut être intéressant, là vous déboulez, peut-être qu'ils pourront vous donner des repères, interprète,... - Non, dans les étudiants iraniens il y a des gens qui viennent pour voir ce qu'on fait ».
- 1370 M5 : En plus un carnet d'adresses c'est quelque chose d'assez volatile. 1445 M2 : ben on voit bien ce qu'il se passe en Iran !
- M1 : C'est local. 1450 M3 : « Pourquoi vous restez isolés ? » La consultation ils viennent et voilà.
- 1375 Anne : Oui, ça devient vite obsolète. 1455 M2 : ben on voit bien ce qu'il se passe en Iran !
- M4 : Et puis quelqu'un qui va travailler dans les Vosges n'aura pas le même carnet d'adresses... 1460 M3 : « Pourquoi vous restez isolés ? » La consultation ils viennent et voilà.
- 1380 M1 : Je pense qu'il faut que chacun soit sensibilisé à ça, mais au-delà, c'est selon ce qui peuvent faire, selon ce qu'ils veulent faire. 1470 Cécile : Chez vous ils viennent ?
- 1385 M5 : Je crois qu'il est beaucoup astucieux et rentable de savoir qu'on peut s'adresser à M6 ou à toi !!! Parce que ça ça marche mieux ! 1475 M3 : Oui, ils viennent parce que je suis juste à côté. Il de là lumière et par le balcon on se fait bonjour ! Mais voilà, pour moi c'était la précarité au sens large. Je crois qu'on a tous à faire à la précarité à différents niveaux, faut pas se cantonner.
- Anne : L'important c'est d'avoir des personnes ressources ! 1480 Anne : Mais je crois qu'il n'y ait pas forcément une définition complètement...
- 1390 M5 : De pouvoir se dire « je suis dans une situation inédite, qui n'est pas habituelle pour moi, je ne sais pas comment faire », plutôt que de faire n'importe quoi, ou de démissionner, c'est de dire « je vais demander à quelqu'un qui sait ! ». 1490 (débat brouillé sur qui a raison !)
- 1395 M2 : C'est ce qu'on fait nous. 1495 M6 : Le problème des généralistes il est beaucoup de se projeter dans l'avenir des patients, de faire de la prévention. Quand on fait des examens de dépistage c'est de la prévention, etcetera. Même quand on soigne des pathologies pour éviter les complications. On est toujours dans se projeter dans l'avenir des patients, à la fois avec des thérapeutiques et des règles d'éthique, etcetera. C'est sûr que tout ça est plus difficile chez des gens qui sont dans une situation précaire, parce que c'est plus compliqué pour eux de dire « Je vais faire telle démarche » dans une visée préventive. Je prends un exemple très concret, une patiente qui devait faire un frottis cervical, et elle me disait « oui mais attendez, en ce moment c'est un peu le bordel dans ma vie, j'ai pas le temps ». Que faire par rapport à ça ? On se rend compte si on prend des statistiques, que ce genre de choses, les frottis par exemple sont peu pratiqués dans les milieux précaires alors qu'ils le sont bien dans les milieux favorisés. Pour cette raison qui est justement que, à cause de la précarité ou de la vie elle-même. En plus là c'était important, c'était une dame qui avait déjà un problème au col et chez qui il était question d'investigations un peu plus poussées. Ça veut dire se projeter et se dire « je fais de la prévention contre le cancer du col ». Mais chez quelqu'un qui vit au jour le jour, a prévention du cancer du col euh...
- 1400 M5 : Si si ! (en montrant M3) 1495 Anne : ça prend pas forcément de la place dans son horizon.
- Anne : Pas de mot de la fin ? (rire général) 1500 M6 : C'est beaucoup plus difficile et ça demande un certain type de travail relationnel pour permettre à la personne de faire cette démarche.
- 1405 M3 : Si si ! (en montrant M3) 1505 M2 : Je ne suis pas tout à fait d'accord avec ce que tu dis. On est dans un cas particulier, mais je pense que pour la prévention du cancer du col, la France l'habitude va à ce que les médecins généralistes pratiquent peu de frottis, les frottis sont majoritairement pratiqués par les gynécologues. Et ce milieu de consulte pas de gynécologue, c'est une des grandes différences je crois. La notion de dangerosité du cancer du col, je ne suis pas
- 1405 M3 : Bon... vous nous avez demandé de répondre pendant ce focus, moi, en écoutant je me suis rendu compte qu'on avait chacun notre vision de la précarité, que vous (*désigne Anne et Cécile*) vous n'arrêtez pas d'essayer d'imposer un sens large de la précarité et que personne vous écoutait vraiment, donc je me suis dit que vous airiez peut-être eu intérêt, en début de séance, de poser clairement la définition pour votre travail de la précarité.
- 1410 Tous : Mais c'était voulu.
- 1415 Anne : Alors là, j'ai peut-être une réponse là !!! Je ne suis pas de la thèse, mais je crois que quand on fait un travail de recherche, il me paraît intéressant non pas de partir du présumé des chercheurs, mais vraiment de partir des représentations qu'ont les praticiens par rapport à ces questions là. Et c'est important de pouvoir identifier la précarité vécue par les médecins plutôt que de vouloir imposer une précarité et de rentrer dans ses clous.
- 1420 M3 : Non, ais sans imposer une précarité, dire « nous on a défini la précarité dans ce sens là, dans votre expérience de médecins, comment vous intégrez ce que nous on pense être la précarité ? ». Finalement on a même beaucoup basé le débat ce soir sur la précarité économique, on n'a pas tous eu les même points de vue, j'essaie de voir ça assez large, dans le sens de M1 qui a dit que sur le plan étymologique, la précarité c'est l'insécurité du lendemain. L'insécurité du lendemain ou peut la voir en vivant dans sa bagnole.

- 1510 intimement persuadé que dans les milieux dits non précaires on est une plus grande conscience de la dangerosité, simplement, ces personnes ont accès aux gynécologues et en France c'est le gynéco qui fait le frottis et 90% des frottis sont fait par les gynécos.
- 1515 Anne : Ce que vous semblez dire c'est qu'il y avait le besoin peut être travail éducatif particulier ? Sans vouloir vous relancer !!!
- M6 : Quand on regarde les statistiques de ce qui est préventif, on
- 1520 pourrait le faire aussi avec les suivis de soin probablement, on dirait qu'il y a des radiants en fonction des qualificatifs sociaux absolument criants. Et ça passe par certains filières de soin plus particulières, mais de façon générale...allez demander un hémoculte, vous ne serez pas reçu de la même façon selon quels sont les gens qui acceptent de faire un hémoculte. Y a quand même une difficulté qui est de l'ordre de l'accès aux soins qui est liée à la situation de précarité, liée à la difficulté de se projeter dans l'avenir.
- 1525 *(débat sur l'hémocult et la coloscopie !)*

5 Nicolas : Bonsoir ! Je suis Nicolas Flye Sainte Marie. Je suis le seul qui n'est pas du domaine médical ici, je suis le mari de Cécile Flye Sainte Marie qui fait sa thèse avec Isabelle Querrioux, qui ont lancé ce travail sur l'analyse des difficultés ressenties par les médecins généralistes dans les suivis des patients précaires. Donc, moi je suis économiste, je n'ai vraiment rien à voir du tout avec le domaine médical, mais Cécile et Isabelle ont souhaité qu'un animateur n'ayant rien à voir avec le domaine médical anime ces focus groupes plutôt qu'elles-mêmes.

10 Isa : Ce qui est recommandé dans la méthodologie de ce type de recherche, là sur le quatrième groupe on voit que c'est très bien, ça aide vraiment à cadrer les entretiens.

15 Nicolas : Pour les raisons de leur étude, l'entretien est filmé, enregistré pour pouvoir retranscrire facilement les entretiens, enregistrements qui disparaîtront dès qu'ils auront été exploités par Cécile et Isa.

20 Isa : C'est un plan fixe, vous voyez bien qu'on ne peut pas utiliser ces images. C'est simplement en vue de la retranscription, parce que la retranscription sur une bande audio simple c'est très difficile quand il y a six personnes qui parlent.

25 Nicolas : Voilà. Donc leur étude va consister en deux phases : une enquête écrite, par l'envoi de questionnaires à l'ensemble des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle, je crois qu'il y a eu 800 envois de réalisés et 400 réponses.

30 M3 : Vous avez de la chance !

Isa : Oui ! on s'est donné les moyens !

35 M3 : Peut-être mais vous avez de la chance quand même !

Isa : On a fait deux relances. Mais effectivement on est assez contentes de cet accueil.

40 Nicolas : Donc, au-delà de cette étude quantitative, elles ont souhaité mener des entretiens de méthodologie focus groupe pour approfondir un peu qualitativement les propose que vous avez pu exprimer, et puis pour susciter aussi la discussion au sein d'un groupe et générer par cette dynamique là peut-être un approfondissement des points de vue. Pour rappeler un peu le

45 focus groupe, l'intérêt est de permettre une discussion sur la précarité et la prise en charge de vos patients précaires de façon à approfondir l'étude quantitative, et l'objectif de ce focus groupe est de recueillir vos ressentis, vos expériences, les situations que vous rencontrez au quotidien afin en fin de compte d'étude d'envisager des pistes d'amélioration adaptées aux besoins que vous avez exprimé, ce sont les conclusions que vous transmettront Cécile et Isabelle quand leur thèse sera aboutie. Voilà. Donc l'objectif principal de cette réunion c'est recueillir

50 les difficultés, les situations, les cas, les exemples de suivis de patients précaires que vous avez dans votre exercice, que vous avez pu avoir également, et donc aussi faire un petit focus, si l'expérience le traduit, sur les migrants précaires éventuellement, les personnes issues de l'immigration. Est-ce qu'on peut lancer la discussion en vous demandant d'exposer les cas, les situations
55 *(Isa chuchote)* Ah oui, un petit tour de table !
60 Donc je suis Nicolas Flye Sainte Marie.

Isa : Isabelle Querrioux, une des deux thésardes. C'est Nicolas qui anime, moi je suis juste là pour, s'il le faut recadrer, en caution scientifique du sujet.

M1 : Docteur M1, on est dans mon bureau !

70 M2 : Docteur M2, associé au sein de la maison médicale, de création récente. Et là je crois qu'on peut signaler qu'on fait tous

partie d'un même groupe de pairs qui se réunit tous les mois.

M3 : Docteur M3, installé depuis 19 ans, associé de M1.

75 M4 : Docteur M4, le doyen peut-être !

M1 : Pas peut-être ! I a les cheveux blancs de la sagesse !

80 Nicolas : Est-ce qu'on peut commencer en évoquant les types de patients précaires que vous pouvez rencontrer ? Est-ce que vous pouvez nous en parler un peu ?

M3 : Quelle est votre définition de la précarité ?

85 M4 : (en levant le doigt) Voilà. C'est la question que j'allais poser.

M3 : Parce que la question est très vaste et on vous écoute et après on s'exprime.

90

Nicolas : Alors, ma réponse sera en deux temps.

M2 : Dites nous ce que c'est un patient précaire pour vous c'est ça !

95

Nicolas : Premièrement, je crois que Cécile et Isabelle n'ont pas voulu plaquer ou donner directement leur définition de la précarité, elles étaient aussi intéressées de voir ce que chacun mettait derrière le mot « précaire ». Donc ça serait intéressant d'imaginer ou de critiquer, de prendre du recul par rapport à cette définition de la précarité. Sinon, la définition que m'ont transmise Isabelle et Cécile, c'est bien : la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

100

105

Isa : Mais cette définition n'est pas... ça, c'est la définition de l'OMS.

110

115

120

125

130

135

140

M1 : C'est plus complexe que ça ! Nous, on a deux types de précarités, on a celle là, c'est-à-dire les gens qui n'ont pas la Sécurité Sociale ou qui ont un système de Sécurité Sociale pas suffisamment... qui couvre pas assez, notamment les soins dentaires, pour se faire soigner, ça c'est (M3 sourit) Ouf, je ne me suis pas fait taper dessus ! Donc ça c'est un type de patients qu'on va rencontrer, ceux là ne sont pas les plus difficiles à manager. Il y a les gens qui ont les moyens, qui peuvent, ça peut être les moyens qu'on met en œuvre pour les précaires, la CMU, l'AME, etcetera, et qui de toutes façons se font très mal suivre pour des problèmes plus sociaux /

M4 : éducatifs

125

130

135

140

M1 : On a plusieurs types de problèmes, on a les alcoolos tabagiques qui sont très mal suivis et qui en général on la Sécurité Sociale. On a le problème des femmes maghrébines aussi, dont certaines refusent de se faire examiner. C'est pas de la précarité mais on sent bien qu'il y a des moyens médicaux qu'on ne peut pas mettre en œuvre pour prendre en charge ces gens. Je ne sais pas comment caser ça dans la précarité, sociale ou mentale, mais il y a un peu des deux, on voit bien que nous, ça nous met en échec dans la prise en charge du patient. Mais normalement la précarité c'est pas le médecin dans sa prise en charge, c'est le patient qui est précaire.

135

140

Isa : Oui, mais le sujet c'est en fait d'identifier effectivement ce que vous mettez derrière le mot « précaire », chacun a sa définition ça c'est clair, et quelles sont les difficultés provoquées par ces situations et ce que vous pouvez ressentir comme difficultés.

145 M1 : Bon, après il y a le quatrième point, c'est les difficultés propres à la salubrité, à la vie des gens précaires qui fait que certaines pathologies sont plus fréquentes, je pense à la tuberculose et à d'autres pathologies qu'on ne rencontre pas trop ici mais qu'il y a dans certains endroits où les gens sont mal logés, le problème de saturnisme par exemple. Mais ça c'est parce que j'ai lu des trucs avant de venir !

150 Isa : Mais vous, ici, à Joeuf ?

155 M3 : Moi, je crois que la très grande précarité comme on peut la concevoir on ne la connaît pas ici. Dans nos structures, dans nos villes ou nos villages. Ceci pour plusieurs raisons, d'une part parce que c'est peut attractif pour la population extérieure, pour les précaires, et d'autre part parce qu'on est issu ici d'une vallée sidérurgique, ouvrière où les municipalités ont toujours fait une politique sociale très poussée et où on a identifié rapidement, c'est encore le cas, ce qu'on va appeler les cas les plus critiques. Très concrètement, je ne connais pas, ou je ne prends pas en charge, je ne sais pas pour mes collègues, de gens qui ne sont pas couverts, qui n'ont aucune couverture.

Isa : Jamais ?

165 M3 : Moi j'en ai aucun. Ou alors ils ne consultent pas ici, ce qui est... Mais bon, ça m'étonnerais quand même. La précarité, à côté de ça, on la côtoie tous les jours, on a côtoie à travers de l'instabilité professionnelle des gens au travers des menaces de licenciement, au travers de tout ceci mais ça ne nous freine pas dans la prise en charge, en tous cas en ce qui me concerne, peut-être parce que j'ai, comme M2 une certaine habitude et qu'on est dans la région depuis longtemps. Mais ça ne nous freine pas dans la prise en charge. Il n'est pas exclu, en regardant un peu que cette précarité ou que ce contexte social, euh professionnel pardon, défavorable nous amène à prendre en charge des pathologies plus tardivement. Ça c'est clair. Il m'est arrivé très rarement en 15 ou 17 ans de voir des broncho-pneumopathies chez les tout petits, très rarement. Mais il m'arrive moins rarement d'en voir, parce que ça traîne, parce qu'on ne consulte pas suffisamment, les franchises médicales etcetera ont fait beaucoup de choses et beaucoup de tords mais bon c'est comme ça. Ce qui met le médecin dans une position encore plus inconfortable, c'est-à-dire que si la rhinopharyngite on pouvait se prendre un peu de temps pour voir comment elle évoluait en fonction d'un... après un traitement symptomatique, aujourd'hui une broncho-pneumopathie qui arrive il faut la diagnostiquer vite, la traiter vite parce qu'on est pas sûr de le revoir. C'est très important. Mais la très grande précarité, moi j'en ai pas d'expérience en tous cas. Peut-être que les seuls vrais précaires sont des migrants comme vous l'avez signalé, parce qu'on a un foyer qui recueille les travailleurs... enfin pardon, les migrants en situation irrégulière où il y a là un problème de langue parce que je ne suis pas très fort en langue étrangère, quand ils me causent en anglais, je comprends rien du tout donc il faut faire comme on peut le faire. Mais ce sont des gens qui... en 18 ans j'ai dû en voir deux.

200 M2 : Effectivement, je voulais en parler, j'allais parler de ça, en disant qu'il y a effectivement un foyer à peu près à 1,5Km d'ici, où c'est des gens réfugiés politiques ou des gens en situation irrégulière, ... en majorité originaires d'Afrique de l'Ouest, le Nigéria, et des pays issus de l'ex consortium euh... Yougoslavie élargie on va dire, qu'on voit très peu. La première raison c'est qu'il y a un cabinet médical à proximité immédiate à pied set que ce sont des gens qui n'ont pas de moyen de transport, c'est pas la précarité qui fait que mais c'est la proximité qui fait qu'on ne voit pas ces gens là. Ensuite, deuxièmement, ces gens là ont peut-être tendance à se rendre au centre hospitalier régional à 5Km d'ici, même pour de la bobologie, parce qu'ils... parce que je pense que c'est un système plus conforme à leur mode de pensée que de venir faire la queue dans une salle d'attente de médecins libéraux. C'est un avis tout personnel. Et deuxième catégorie /

215 Nicolas : L'hôpital se trouve où ?

220 M2 : A Briey. C'est un centre hospitalier général avec un service d'urgence et un service de pédiatrie où il y a un pédiatre d'astreinte 24h/24h, enfin en théorie, où il y a effectivement tous les moyens pour. Je suis entièrement d'accord avec M3 et M1 sur le fait que la précarité, la très grande précarité au sens [13:45] du terme on n'en a pas beaucoup. Je n'ai pas l'impression, d'avoir vu, en 20 ans d'exercice ici, de gens en très grande précarité, ou alors ils cachent leur couverture sociale, ceux que l'on voit régulièrement on sait quelle est leur couverture sociale, ceux que l'on voit occasionnellement peut-être qu'il y en a mais ils ne le disent pas, ils se laissent faire leur feuille de maladie et point barre. Par contre je dirais aussi qu'on a peut-être, de par la situation géographique de notre ancien cabinet jusqu'à l'an dernier, il y a une population ... euh... de Rom, ou de... migrants sédentarisés à divers endroits de la France et notamment il y a une grosse population jovicienne qui se partage entre la Champagne, la Lorraine et la Vendée en été et là je dirais qu'il y a une forme de précarité de suivi et de soin notamment chez les plus jeunes où le suivi du calendrier vaccinal n'est pas toujours évident. C'est des gens qu'on voit quand ils sont malades mais le suivi au long terme n'est pas forcément optimal.

240 Nicolas : Donc la difficulté dans votre suivi de ces personnes là quand vous les voyez c'est le suivi à long terme ?

245 M2 : Ben c'est...voilà, c'est le suivi à long terme, c'est de voir si... les gamins sont tous scolarisés c'est clair, mais il y a je pense chez eux une difficulté à avoir un suivi, sans qu'il soit optimum, d'avoir un suivi très régulier, parce qu'on ne sait pas forcément non plus quels sont les événements qui se sont passés les trois ou quatre mois où ils étaient partis, parce que le carnet de santé ils n'en voient pas forcément l'intérêt, parce qu'en fait il n'y a pas de praticien déclaré. Chez ces gens là, je suis incapable de vous dire si je suis le médecin traitant déclaré au sens Sécurité Sociale du terme, au sens administratif du terme, ce qui fait qu'effectivement, c'est des gens, où moi systématiquement, quand ils ont une...bon c'est des gens qui ont une couverture sociale le plus souvent type CMU le plus souvent, que ce soit par régime général ou le plus souvent par un régime d'artisan parce qu'ils ont tous un travail de commerçant ambulancier plus ou moins déclaré, c'est des gens où je mets systématiquement « C+MTR », médecin traitant remplacé, ou « C+hors circonscription » pour être certain d'avoir administrativement disons le rendu de ma consultation. Je pense que pour résumer ce qu'on a dit jusqu'à présent, c'est qu'on n'a pas de très, enfin je n'ai pas l'impression qu'on ai de très très grande précarité au sens de la définition de l'OMS, par contre on a toute une sorte de précarité au sens du médecin généraliste. Je pense que sauf dans certains centres géographiques, grandes villes, certains quartiers de grandes villes, on doit être beaucoup de confrères français à ne pas être dans la précarité sens OMS mais à une précarité ... moins spectaculaire mais tout aussi pesante sur le suivi médical à court, moyen et long terme.

275 M1 : C'est une précarité qui fait que les gens te voient quand ils sont dans l'aigu, et ils ne viennent pas te voir en chronique. Même les gens plus âgés avec de grosses pathologies, on va les voir à chaque fois qu'il y a un souci mais venir tous les mois ou tous les deux mois renouveler un médicament ou un groupe de médicaments alors que c'est des grosses pathologies, ils le font très mal.

280 M4 : Je pense que la précarité on la voit sans s'en rendre compte surtout chez les personnes âgées. Je pense que c'est chez les personnes... on a vu vieillir la population, enfin moi, dans nos campagnes on a vu les personnes âgées devenir de plus en plus âgées, vivre de plus en plus longtemps et vivre dans des conditions quelques fois de plus en plus difficiles mais ça c'est une autre précarité que la précarité médicale. Il y a aussi une précarité pour eux de se nourrir, simplement, souvent ils sont sans famille, ou la famille ne s'en occupe plus, ça ça créé une précarité différente. Il y a une espèce de précarité médicale, parce que c'est vrai qu'ils ont des revenus qui ne sont pas très très élevés, souvent ont moins de facilités d'ailleurs que les migrants dont vous parliez qui ont des CMU et des trucs, eux, les

- 295 personnes âgées, ils ne disent rien ils ne demandent rien, ils vivent avec ce qu'ils ont, le peu qu'ils ont t ça, ça créé une vraie précarité, je pense que chez les personnes âgées, souvent je suis obligé de regarder ce que je mets sur l'ordonnance, il m'est arrivé quelques fois de ne pas mettre certains médicaments parce qu'ils ne sont pas ou mal remboursés et que la petite vieille il faut qu'elle se nourrisse, elle a son mari qui est souvent décédé,
- 300 qui a travaillé toute sa vie et qui n'a malheureusement droit à pas grand chose et il faut qu'elle se nourrisse, qu'elle se chauffe, qu'elle s'éclaire, et ça, ça créé une vraie précarité. Je pense qu'on la rencontre plus qu'on ne le croit la précarité, chez des français et chez des personnes âgées.
- 305 Nicolas : Le problème financier de ces personnes âgées qui /
- 310 M4 : Le problème financier e ces personnes âgées qui est une précarité physique. Quand vous avez 80 ans, que vous vivez dans un petit bled à 7 ou 8 Km, voire 10 Km de Briey, où sont situés tous les magasins du coin, pour s'y rendre c'est pas évident. Il n'y a pas de bus, il n'y a rien, rien du tout. Il y a un boulanger qui passer tous les jours ou tous les deux jours dans le meilleur des cas, quelques fois une épicerie ambulante une fois par semaine, ces personnes âgées, quand il m'arrive de regarder dans leur frigo il n'y a pas grand chose, ça c'est une précarité. Je pense que c'est une forme de précarité.
- 315 Nicolas : L'isolement ?
- 320 M4 : L'isolement oui. L'isolement des personnes âgées. Et on le rencontre de plus en plus souvent, c'est quelque chose que je vois de plus en plus souvent, et même quelques fois quand ils ont des moyens financiers. L'argent n'est pas toujours la source à la précarité. La précarité peut être liée à des moyens physiques, il y a un isolement moral, un isolement social, il n'y a plus de famille, personne ne s'en occupe ou pas grand monde. On a vu se développer dans des pays dont je m'occupe, où on a vu la population qui s'est multipliée, hein là où tu (M3) habites, il y a un isolement moral, un isolement social, il n'y a plus de famille, personne ne s'en occupe ou pas grand monde. On a vu se développer dans des pays dont je m'occupe, où on a vu la population qui s'est multipliée, hein là où tu (M3) habites, tu as vu les lotissements ?! Et les gens ne se connaissent plus ! Vous connaissez les personnes âgées ? Non, vous ne les connaissez pas. Ils sont âgés, ils vivent tous seuls dans leur petit coin et ils survivent quoi. Et si tu vas à [21 :00], c'est pareil, les cités de personnes âgées, pourtant c'est des cités, autrefois c'était plein de personnes âgées qui se connaissaient, bon il y a eu des décès, des départs, c'est remplacé par des gens jeunes qui ne s'occupent plus forcément de la petite vieille qui habite à côté et se retrouve dans une situation précaire.
- 325 M1 : Tu veux dire qu'ils sont précaires par manque de solidarité alors ?
- 330 M4 : Voilà ! Un exemple de précarité, c'est quand je tâte le poulx d'un ptit vieux ou d'une ptite vieille qui ne s'est pas lavé les pieds parce qu'il ne peut pas physiquement, depuis au moins huit jours. C'est une forme de précarité parce que c'est une atteinte à la dignité de cette personne. Ça je trouve que c'est une forme de précarité, à mon avis c'est une forme de précarité. Je pense. Moi je vois ça comme ça. Si c'est ça la précarité je pense que... parce qu'une précarité comme tu disais d'argent ou de moyen euh... c'est pas si fréquent que ça. Il y a des gens qui doivent... mais /
- 335 M3 : Enfin tu te trompes là M4 ! Les travailleurs pauvres il y en a plein plein plein plein plein !
- 340 M4 : Oui, pauvres, peut-être.
- 345 M1 : L'idée c'est d'être limité dans sa possibilité d'avoir accès aux soins. Ce que tu dis ça va dans le sens là. Donc effectivement, tous ces gens là sont limités, bon ils sont des fois limités de manière, pas volontaire mais bon, parce que s'ils montaient un dossier peut-être qu'ils auraient droit à des aides mais bon, souvent il y a un manque /
- 350 M4 : Mais ils les connaissent !
- 355 M1 : Oui, ils connaissent leurs droits, mais ils avaient ce système de solidarité qui remplaçait tout ça. Et c'est vrai que les gens qui vivent en ville ont plus l'habitude d'utiliser l'accès aux soins par
- 370 le biais des aides.
- 375 M4 : Et puis même, une femme de ménage qui va venir quatre heures par semaine, la ptite grand-mère ça ne lui fera pas un apport impressionnant. Ça me choque de plus en plus et j'en vois de plus en plus.
- 380 M1 : Oui, mais c'est déjà mieux que rien !
- 385 M4 : Peut-être que je ne vois pas les mêmes...euh...
- 390 M2 : C'est-à-dire que c'est effectivement /
- 395 M4 : Oui, c'est pas les mêmes conditions.
- 400 M2 : oui, nous on fait de l'urbain, même si c'est que de la petite ville. Toi, tu as quand même un secteur plus rural.
- 405 M4 : Oui, enfin ça change aussi quand même.
- 410 M2 : C'est sûr que comme tu dis, la région étant devenue la banlieue de Metz sur le plan habitation, ça se modifie. Il n'y a qu'à voir les lotissements. Même si c'est en Moselle je vais à Metz en passant par Saint Privat, quand je vois les nouveaux lotissements qu'ils construisent derrière, tu passes trois fois dans la semaine, tu as quinze maisons qui ont poussé à chaque fois! Donc tu as l'impression que ça se multiplie de manière exponentielle. Effectivement, peut-être dans les ptits pays que tu signale /
- 415 M4 : Oh oui, c'est des petits bleds, il y a une population encore isolée !
- 420 M2 : il y a une population vieillissante où ils restent en microcosme si on peut dire et qui /
- 425 M4 : Même les cités de Mancieul hein !
- 430 M2 : Oui, parce que dans les cités tu as aussi des jeunes qui arrivent, parce que les maisons sont un peu moins chères, parce que ci, parce que ça. Effectivement, ces jeunes qui travaillent à Metz le plus souvent, partent le matin, rentrent le soir, ont la vie de famille et autre chose à côté, c'est effectivement on a vraisemblablement le nœud qu'on avait avant. Tant que j'ai parlé je voulais aussi dire que je pense que, et ça rejoint un peu ce que tu (M3) vais dit tout à l'heure, et ce que l'on pense, je pense tous au niveau des médecins généralistes, c'est que la récente modification des lois de Sécurité Sociale, les franchises médicales, le déremboursements dits pour de la bobologie, ça créé pour moi une précarité, même dans des populations qui ne sont pas complètement démunies financièrement mais qui sont un peu juste. Comme tu dis, on est quand même dans un coin où la vie professionnelle est difficile, on est dans un coin où le tertiaire c'est l'industrie automobile et on sait très bien comment va l'industrie automobile en ce moment. Je crois qu'on voit beaucoup plus de pathologies infectieuses sévères, ça va un peu à l'encontre, tu disais « J'ai pas vu beaucoup de broncho-pneumopathies chez l'enfant dans ma carrière », moi je dirais que les 17 premières années de ma carrière je n'ai pas vu beaucoup de pathologies infectieuses pulmonaires basses, on va dire chez le sujet normal entre guillemets, sans tares médicales, je ne parle pas de bronchite chronique, mais moi j'ai l'impression, je ne sais pas ce que vous en pensez, que la pathologie infectieuse c'est clair qu'on commence à en voir parce qu'on n'a plus le suivi...euh... d'une rhinopharyngite qui certes je suis d'accord est un élément viral banal, mais qui peut secondairement se sur infecter, je veux dire les gens ils ne vont pas venir payer 22€ chez le médecin pour se faire prescrire je ne sais quel truc qui ne va pas être remboursé. Donc là, on créé, la société créé une nouvelle sorte de précarité médicale puisque ça reste à l'intérieur du niveau médical. Moi, j'ai l'impression que les mesures qui... qui sont critiquables à cause de cette précarité, mais des mesures qu'il faut prendre parce qu'il y a ... on sait très bien que c'est un problème d'argent. Quand on parle de dépistage de masse, on dit qu'on le fait pas parce qu'on dit que ça coûte trop cher par rapport au bénéfice attendu. Là, il a fallut

- 445 prendre une décision, elle est ce qu'elle est, elle est critiquable, mais je pense qu'elle génère une nouvelle sorte de précarité. Peut-être pas impressionnante par rapport à la définition de l'OMS mais qui je pense est quand même plus difficile à gérer, nous dans notre quotidien, ici, je ne parle pas des populations migrantes dans certaines banlieues parisiennes ou marseillaises, je parle de notre patientèle à nous /
- 450 Isa : Nous, on vient ici parce que , ce qui nous intéresse, c'est votre patientèle à vous, votre quotidien à vous.
- 455 M2 : je pense que nous, on ressent ça. Alors, toi (M4) tu ressens ta précarité entre guillemets par la solitude, nous effectivement, comme le dit M3, on fait partie d'un tissu de commune qui a toujours une politique sociale importante avec des maisons de retraites médicalisées, des foyers-résidences non médicalisés, avec l'intervention des services sociaux des communes /
- 460 M3 : Avec des CCAS étoffés !
M2 : Avec des CCAS étoffés effectivement. A la fameuse canicule d'il y a quelques années qui a été...comment dire...
- 465 Isa : Un déclencheur ?
- 470 M2 : Une illustration d'une précarité, ou un déclencheur de « Tient, qu'est-ce que c'est la précarité ? ». Bon, je veux dire, c'est des exemples tout bêtes, il n'y a pas qu'ici que ça ce fait, dans beaucoup d'endroits, il y a réseau où on dit « Inscrivez-vous si vous êtes seuls », dans nos foyers-résidences, il y a la distribution de flotte tous les jours, ... /
- 475 M3 : C'est important ce que tu dis là. On a donc deux foyers-résidences non médicalisés à Joeuf, la canicule a très probablement en pourcentage beaucoup moins tué chez nous, qu'elle n'a tué ailleurs.
- 480 M1 : Oui, parce qu'il y a un tissu solidaire mis en place.
- 485 M3 : Il y a un tissu associatif, un tissu social, M2 l'a dit très clairement, une volonté politique, je pense qu'on peut parler de volonté politique, d'anticiper. Les foyers de personnes âgées ont été, dès les premières chaleurs, visités de façon quotidienne par un agent administratif qui, sous prétexte de déposer une bouteille d'eau, s'assurait que tout allait bien à l'intérieur de tout cela. Quand on regarde les statistiques, c'est vrai qu'un certain nombre de personnes est décédé sur Joeuf, mais elles sont décédées à l'hôpital de Joeuf, qui est un hôpital gériatrique et qui regroupait les cas de déshydratation et les cas de tous les environs. Mais sur la population jovicienne, a population de la vallée, au moins en ce qui concerne Joeuf, les gens sont beaucoup moins...en ont souffert beaucoup moins. Tout ça à cause d'une volonté politique, d'une attitude, peut-être pas citoyenne, mais c'est les fruits de ce qui a été semé. Un tissu associatif fort avec un lien social fort anticipe ce genre de problème.
- 490 Nicolas : C'est un peu à l'opposé de ce que vous pouviez illustrer tout à l'heure.
- 495 M1 : Oui, la désertification dans son coin, où les gens se retrouvent tout seul.
- 500 Nicolas : Je parle du tissu, que vous constatiez dans l'arrière pays.
- 505 M3 : Mais, ils n'ont pas...M4 ne me reprendra pas, mais il exerce dans une commune de 2500 /
- 510 M4 : Pas tout à fait 2000 habitants.
- 515 M3 : Où ils n'ont pas eu les mêmes moyens qu'ici, et que si le tissu associatif est quand même un tissu associatif de bonne qualité il n'est jamais aussi structuré qu'ici. Vous avez des associations des personnes âgées, des gens qui se regroupent pour jouer aux cartes, des choses mises en place qui permettent aux personnes âgées de se retrouver, et que chacun regarde l'autre et quand quelque chose ne se passe pas ou pas bien, très
- 520 souvent le signale d'alarme est tiré là. Donc d ce côté ci on en souffre moins.
- 525 M4 : Une autre précarité je pense, je ne sais pas si ça entre, qu'on verra certainement venir, ça sera celle des gens qui se sont mis dans des situations difficiles pour acquérir des...on a vu pousser des lotissements, on a vu des gens se mettre dans des situations financières, je ne dirais pas limite, mais qui dépassent largement les... Et là on va voir, du fait du surendettement, surtout quand l'un des deux conjoints vient à perdre son emploi, précarité de l'emploi, on est à ce moment là dans des situations tout à fait insolubles. Alors ça j'en ai vu quelques unes et j'en vois quelques unes, des gens qui ont acheté des maisons et qui sont obligés de les solder, de partir, ça créé une précarité, c'est aussi une forme de précarité à mon avis.
- 530 Nicolas : Donc à, le problème que vous avez évoqué c'est le problème financier, de ressources financières.
- 535 M4 : Oui, là c'est un problème de ressources mais il n'y a pas que les ressources, il y a aussi la précarité physique, la précarité morale aussi, le fait de se sentir isolé.
- 540 Nicolas : Le fait de devoir revendre quelque chose qu'on a acquis, qu'on n'arrive pas à rembourser.
- 545 M4 : Il y a des tas de situations. Je pense que chez eux (M3), c'était certainement mieux organisé que dans la campagne. Et puis il y a une modification profonde des gens de la campagne, les gens se connaissent et ils étaient tous issus en général du village, ils se connaissent entre eux, du fait de... de la modification... comment dire... des possibilités de travail offertes par le Luxembourg les gens sont venus s'installer dans la région. C'est des gens qui viennent en général de Moselle ou d'ailleurs, parce que les conditions d'acquisitions sont beaucoup plus chères en Moselle, beaucoup plus chères que chez nous, et donc on a une population entièrement nouvelle qui n'est plus du tout une population locale et qui vit à côté, les lotissements vivent à côté des villages. En fait vous vivez à côté du village.
- 550 M1 : En fait c'est des lotissements dortoir.
- 555 M4 : Oui.
(débat parce que M3 vit au milieu de son village, lui.)
- 560 M2 : Quand on parle de précarité, on peu parler aussi d'absence de précarité. Il y a un autre élément socioculturel dans la région qui fait qu'on n'a peut-être moins de précarité sur le sujet âgé que dans certaines régions, je parle de la ville, on a quand même une population qui a été une population migrante il y a quelques temps, la grande majorité sur Joeuf et Homécourt c'est une population italienne, avec tous les liens du sang et de la famille que peuvent avoir les italiens, ce qu'il fait qu'il reste un fort tissu, un respect de la personne âgée, un culte des grands-parents et des arrière-grands-parents que moi je ne connaissais pas du tout, je suis originaire de Metz, je suis un bon lorrain, un bon mosellan sans aucun famille italienne et donc j'ai été très surpris de ça en arrivant il y a une vingtaine d'années. Je pense que c'est un moyen de combattre la précarité que tu décrivais, de la solitude de la personne âgée. Parce que ça on l'a pas, on l'a pas dans ce sens là, il y a le respect de la personne âgée qu'on n'a peut-être pas forcément dans certains groupes socioculturels ou ethniques on va dire. Je pense aussi qu'on ne l'a pas dans l'autre sens parce que nos personnes âgées du coin son sollicitées à titre de nounou par leurs enfants voire leurs petits-enfants pour garder leurs petits-enfants, voire leurs arrière-petits-enfants, donc ça laisse une certaine autonomie qui fait qu'ils ne s'enferment pas dans une solitude effrénée. Je sais pas si parler de précarité c'est parler de non-précarité ou de facteurs qui empêche la précarité.
- 570 Nicolas : Vous pensez que c'est un frein à la précarité ?
- 575 M2 : Voilà. Et je pense que ce tissu socioculturel chez nous fait que c'est effectivement une barrière à la précarité, cette forme de précarité que tu (M4) décrivais tout à l'heure. Je ne sais pas ce

- qu'en pense les...
- 600 M3 : Tu as complètement raison : c'est le melting pot lorrain réussi !
- 605 Nicolas : Là on a été assez large dans la conception que vous avez de la précarité. Est-ce que l'on peut rentrer plus près de l'exercice clinique de votre métier ? Aux difficultés qui peuvent aller avec ces situations de précarité dont vous venez de parler, est-ce que vous pouvez l'illustrer, nous donner des exemples, raconter des situations, parler un peu de ces difficultés ? C'est très pragmatique comme question.
- 610 M1 : On va prendre l'exemple que j'ai en tête, une grande, originaire du Maghreb, qui est là depuis le début de l'année 2009, que j'ai vu quatre ou cinq fois, qui a l'AME /
- 615 Nicolas : AME ?
M1 : Aide Médicale d'Etat. Pas la CMU parce que c'est pour les titres temporaires de pus e trois mois je crois.
- 620 Nicolas : D'accord, ça pallie la CMU quoi.
M1 : ça correspond à la CMU, bon on est payé beaucoup plus en retard mais ça... ! C'est pas gênant outre mesure dans la prise en charge, ce qui est gênant c'est la barrière de la langue /
- 625 Nicolas : Avec cette personne là ?
M1 : Oui, il parle très mal le français. Donc quand i vient avec son cousin ou son beau-frère je ne sais plus, ça se passe assez bien parce qu'il me sert de traducteur mais sinon c'est assez difficile. Donc il y a la barrière de la langue dans ce cas là.
- 630 Nicolas : Vous ne vous comprenez pas ?
M1 : Oh, on arrive à se comprendre mais moi je ne suis pas sûr qu'il ait saisi ce que je lui explique. Pour l'instant il est jeune, il n'a pas de grosses brouettes, quand il est venu c'était surtout pour remettre à jour ses vaccinations, donc on a fait ça, et puis un bilan médical simple, à la recherche de pathologies courantes comme on fait ici, j'ai dû faire un [38 :05] pour la tuberculose et puis je l'ai remis à jour pour ses DT Polio, c'est un jeune il n'a aucun problème donc il vient me voir pour de la bobologie et des trucs comme ça. Le problème dans ce cas là de précarité est lié à la langue, donc un problème de compréhension entre le malade et le médecin, et fatalement s'il y a une pathologie plus complexe un problème de suivi.
- 635 Nicolas : Vous sauriez lui demander d'être accompagné ou quelle solution vous imaginez ?
- 640 M1 : Ben oui, à ce moment là. J'imaginerais qu'il vienne avec son beau-frère sous réserve que l'on brise le secret médical, dès qu'il y a un interprète c'est un peu comme ça, ou alors il faut faire appel à des interprètes assermentés, je ne sais pas s'il y en a dans la région, je ne saurais pas trop où me renseigner, sûrement à la mairie. (M3 murmure quelque chose) Non, non non non, pour demander à la mairie où je dois chercher pour en trouver.
- 645 M2 : Ben à la préfecture ou au tribunal. Eux quand ils en ont besoin il y a une liste. Maintenant, est-ce qu'ils sont assermentés par rapport au secret médical ? Je n'en sais rien.
- 650 M1 : Oh ben peut être pas le secret médical mais ils ont le secret d'instruction, c'est assez proche, c'est du secret professionnel, la notion elle est là. L'idée c'est que tout ne soit pas raconté à la famille, il y a des trucs qu'on n'os pas raconter surtout quand il y a quelqu'un de la famille qui est là.
- 655 Nicolas : D'accord.
- 660 M1 : Mais bon, de la précarité de patients CMU, c'est l'alcoolique chronique, inseuvrable et puis on peut faire ce qu'on veut. La précarité ne se place plus au niveau des moyens qu'on peut mettre en œuvre mais au niveau de la non-confiance du
- 675 malade quoi, qui ne veut pas s'amender de son alcoolisme, alcoolisme qui est en train de la mener à une mort certaine dans les mois qui suivent quoi. C'est plus à ça que je pense quand je parle de précarité mentale ou morale. Moi je n'ai que ça comme exemples dans ma tête.
- 680 Isa : Pour ce types de patients, vous avez des recours ?
M1 : Le premier oui, il n'y a pas de souci.
- 685 Isa : Non, pour le problème d'alcool.
M1 : Ben la deuxième a été hospitalisée, poly hospitalisée. A chaque fois c'est l'hospitalisation. Mais je ne sais pas, ça risque de finir /
- 690 Isa : A Briey ?
M1 : A Briey, A Nancy, où il y a de la place. Il y a quand même une cirrhose, la dernière fois c'était une hypokaliémie sévère sur vomissements répétés parce qu'elle rejetait beaucoup d'alcool, enfin vous voyez c'était...
- 695 Nicolas : Oui, on ne sent pas de... /
M1 : C'est du suicide à petit feu et puis... ça y va et ça y va. Après c'est le problème des incapables majeurs, est-ce qu'elle est encore suffisamment consentante, qu'elle comprend suffisamment sa vie et pas être un danger pour elle-même pour pas être interdit d'office ? Enfin vous voyez, on commence à toucher la psychiatrie, on n'est plus... Pour moi c'est une précarité. Et puis faut voir, quand vous allez chez elle vous avez compris que c'est précaire aussi, et pourtant c'est pas un problème de moyen. C'est vraiment un problème de milieu, son compagnon il boit aussi, c'est lui ramène la bibine. Il n'y a, a priori, pas de solution.
- 700 Nicolas : D'accord.
- 705 M1 : On voit bien par négligence, la non-confiance du malade, parce qu'ils ont les moyens de financer, ils ont la CMU, ils ont toutes les aides donc... ça tourne chez eux, il y a une aide à domicile qui vient faire le ménage, il y a des choses qui ont été mises en œuvre mais...
- 710 Nicolas : Vous avez d'autres patients qui ont les mêmes moyens mais ça ne passe pas comme ça.
- 715 M1 : Oui, oui, là c'est incurable quoi !
- 720 M2 : Moi je reviendrais sur l'exemple des... des migrants intégrés, je vais les appeler comme ça, donc les gens qui sont trois mois à un endroit, trois mois à un autre, qui changent leur caravane ou leur mobil home de place pour des raisons qui leur sont personnelles, peut-être souvent même parce qu'ils ont un emploi de commerçants ambulants et qu'ils cherchent la saison et l'endroit le mieux pour s'acheter leur Mercedes (!), ça c'est un ptit... Ces gens là, ils ont le droit d'avoir les mêmes pathologies que les autres et ils ont notamment le droit d'être hypertendus et diabétiques. Et ça m'embête toujours d'avoir un hypertendu et diabétique, alors même si je ne suis pas obligé et que je ne les vois plus tous les mois comme je le faisais au début, parce que... l'expérience, parce que ci parce que les conditions, les prix des franchises, les gros conditionnements, je pense qu'ils ont quand même besoin d'un suivi régulier et on n'a pas forcément de suivi régulier. Il m'est arrivé d'avoir un patient que je suivais quand il venait et un jour j'ai reçu une lettre de...je crois que c'était Chalons en Champagne, il avait un infarctus, on m'a reproché gentiment, sans qu'il y ait de...on m'a dit « Tient docteur, comment ça se fait, vous le soignez et il a quand même fait un infarctus ? ». Bon, ça s'est arrêté là. Faut-il se justifier ? pas se justifier ? ça c'était pour illustrer.
- 725 Nicolas : Donc un suivi qui n'est pas assez régulier.
- 730 M2 : Oh non ! je veux dire un suivi qui n'est pas régulier...peut-être régulier, mais quand vous avez un suivi qui est fait par

- 750 quatre praticiens différents, si vous n'avez pas le dossier médical qui suit...
- M3 : D'où l'intérêt du dossier médical partagé.
- 755 M2 : Oui ! Et d'où l'intérêt d'une maison médicale comme la nôtre où les postes sont en réseau et on peut...
- Nicolas : Sauf que dans votre cas c'est autre chose là.
- 760 M2 : Tout à fait autre chose oui. Je pense que le dossier médical partagé doit éviter ce genre de problème. Et puis sur un mode un peu plus humoristique, ce que je considère parfois comme une forme de précarité intellectuelle de nos patients, je pense qu'on le voit tous, ça va peut-être vous choquer un peu en tant que jeune mais vous verrez /
- 765 Isa : Je ne suis pas là pour juger.
- M2 : Non, non c'est pas une histoire de juger, c'est pas juger. Vous avez des gens qui se soignent en fonction de leurs symptômes, c'est des hypertendus qui se soignent en fonction de leurs symptômes. Quand ils ont mal à la tête ils prennent leurs cachets, alors peuvent avoir mal à la tête pour une poussée d'arthrose cervicale ou parce qu'ils se sont cogné la tête contre le bois du lit. Ce sont des gens qui se soignent quand ils ne se sentent pas bien.
- 770 Isa : Dans n'importe quelle catégorie sociale ?
- 775 M2 : Dans n'importe quelle catégorie sociale, on fait abstraction de toute catégorie sociale. Le mec, il va prendre son traitement anti-hypertenseur quand il va avoir mal la tête et il ne va pas le prendre trois jours parce que les trois jours d'après il n'aura pas mal à la tête. Il va prendre son traitement anti-diabétique parce que... je sais pas...
- 780 M1 : Il a mangé beaucoup sucré.
- M2 : Il a mangé beaucoup sucré, ou peut-être qu'un jour pour ne raison X [45 :45] un peu plus que les autres jours, alors si effectivement il est d'un milieu culturel un peu plus élevé il se rappellera ça quand on pisse beaucoup c'est que c'est du diabète, donc il va se traiter comme ça.
- 785 Nicolas : Donc là vous parlez de quand l'indication est de prendre régulièrement un médicament ?
- 790 M2 : Tout à fait. Moi je pense qu'il y a une précarité intellectuelle.
- 795 M4 : On la rencontre d'ailleurs dans certains milieux /
- 800 Nicolas : Et pourquoi alors ?
- M2 : Ben justement, je ne peux pas vous l'expliquer, j'appelle ça de la précarité intellectuelle parce que le gars il ... /
- 805 Nicolas : C'est qu'il y a un message qui ne passe pas visiblement.
- 810 M2 : Je ne sais pas s'il ne passe pas (M1 : Oui, oui je te rejoins là). Vous leur dites « Mais réfléchis... » euh non, excusez moi, ce n'est pas ce que je veux dire... enfin ça peut s'expliquer.
- 815 M3 : Il est toujours plus facile d'être compliant vers un traitement qui /
- M2 : De courte durée.
- 820 M3 : D'une maladie symptomatique, que d'une maladie non symptomatique.
- M2 : Oui, moi je pense que... j'ai de la chance pour l'instant de ne pas avoir à prendre de traitement chronique mais je pense que si je devais prendre un traitement chronique ça m'enquiquinerait bien ! Alors j'ai peut-être une formation qui, au départ, me fait
- 825 aire de la parano, la peur de tout avoir et puis de mourir, donc je pense que je le prendrais quand même. Vous avez des gens qui n'ont pas cette... Je ne pense pas que ça soit un défaut d'information, on leur explique. On leur dit « Vous êtes hypertendu, moi, traiter votre hypertension, que vous avez 13.7
- 830 je n'en ai rien à faire à l'instant T, ce qui m'intéresse c'est que votre tension soit normalisée pour que vous ne me fassiez pas un infarctus du myocarde, d'accident vasculaire ou d'artérite des membres inférieurs qui augmente, par rapport à quelqu'un qui n'a pas, votre risque de mourir de 40%, 50% ». On va peut-être exagérer justement pour lui foutre un peu plus à trouille. Mais je crois qu'on a une
- M1 : Mais ils sont fermés à ce genre d'explication parce que /
- 835 M2 : On a dans notre inconscient de se dire « Je me sens bien, pourquoi je boufferais un médicament ? », et je... je pousse peut-être un peu trop mais pour moi c'est une petite forme de précarité intellectuelle /
- 840 Isa : Oui...c'est...oui. Disons que c'est un peu la relation médecin-patient, on rentre un peu dans un autre domaine.
- Nicolas : C'est de l'éducatif aussi.
- 845 M1 : On rencontre le même genre de problème, c'est un peu l'éternel cloisonnement français entre le Nord et le sud, les latins et les nordiques ! Chez les nordiques on a moins de problème de compliance. Enfin c'est général. C'est ce qu'ils nous ont dit il n'y a pas longtemps quand ils ont initié la campagne de dépistage du cancer colo-rectal. La plupart des patients qui recevaient, enfin ceux que je vois, leurs invitations par [48 :23], ben ils le faisaient, ils n'avaient pas besoin de nous pour le faire. Parce qu'on est culturellement... on sent que les gens, on leur dit qu'il faut faire, ils font quoi. Mais c'est vrai que dans le midi de la France, culturellement ils se posent plus questions, ils voient plus d'un œil critique ce qui vient de l'Etat. Enfin bon, c'est une culture latine plutôt, et effectivement les méditerranéens en général ont plus une approche névrotique de la maladie, c'est-à-dire que quand ils ne sont pas bien, il faut vite les aider, avec les excès, et puis les...entre eux, dans la même famille, il y en a un qui va très mal on va lui dire que c'est rien, qu'il a qu'à la fermer. Des fois c'est chaud ! Mais il y a moins de rationalisation de ce que peut faire le médecin pour l'avenir quoi, on le sent bien. Et puis ici, culturellement, c'est pas tout le monde à chaque fois, on sent plus que les gens savent en général qu'il faut faire un truc et ils le font. Alors il y a des exceptions chaque fois mais c'est des tendances, j'ai l'impression qu'on le voit aussi chez les gens originaires du nord de la France.
- 850 M4 : J'ajouterais un petit mot, c'est que je suis tout à fait d'accord avec toi (M2) concernant la précarité intellectuelle, que l'on rencontre d'ailleurs souvent dans les milieux aisés, je ne viserais pas de catégorie socioprofessionnelle particulière. Mais tous ces gens qui viennent consulter et qui ont des pathologies parfois graves ! J'ai quand même vu un cancer, traité par un guérisseur à Arlon, en Belgique. Ça aussi c'est une forme de précarité intellectuelle. Des gens qui ont les moyens de se soigner, ce n'est pas un défaut de moyens, ils ont tout ce qu'il faut mais il y a...
- 855 Nicolas : Et donc, concrètement, quand vous êtes face à ce patient qui va chercher des solutions qui vous semblent dépassées, comment vous réagissez ?
- 860 M4 : Ben au départ je me suis demandé si je n'étais pas, si ce n'était pas qui était responsable aussi quelque part. Enfin quand même, on a parlé, on a mis les choses bien clairement sur la table, on avait parlé clairement qu'il s'agissait d'un cancer du sein, c'était une petite affaire. Le gars lui faisait venir des herbes de je ne sais plus quelle région d'Afrique pour la soigner enfin... Les herbes n'ont pas suffi malheureusement. C'est une forme de précarité, c'est pas grand chose. Pas grand chose. C'est une mère de famille quand même...
- 865 M1 : On a la même situation que l'alcoolisée de tout à l'heure.
- 870
- 875
- 880
- 885
- 890
- 895
- 900

- 905 M4 : Oui, on peut se poser la question, on se remet quand même un peu en question en se disant « Peut-être qu'on n'a pas été bon, qu'il y a quelque chose qu'on n'a pas fait ou je ne sais pas ». Pourtant on a essayé, on a clairement donné les informations... /
- 910 M3 : Tu ne peux pas te substituer aux gens et les obliger à faire! Il y a une prise en compte des choses /
- 915 M4 : Mais c'est quand même une précarité ! Intellectuellement...
- 920 M1 : Oui, oui tout à fait !
- 925 M4 : Non, et puis bon... à un niveau peut-être moins grave, tous les enseignants qui vont se faire soigner chez...qui utilisent largement toutes les formes de soin...euh...à mon avis c'est aussi une forme de précarité intellectuelle.
- 930 Isa : De par... ? Comment ?
- 935 M1 : Les médecines parallèles.
- 940 M4 : Oh, toutes les médecines parallèles. C'est des charlots quand même, ça fleurit !
- 945 M3 : Oh, soyez hospitaliers quand même s'il vous plait !
- 950 M4 : Oh tu sais, j'ai plus l'âge de tourner autour du pot !
- 955 Nicolas : Pour finir le tour de table peut-être, une situation clinique de précarité ?
- 960 M3 : Oh, moi je vois très clairement une infection urinaire que l'on voyait il y a quelques années en tant qu'infection urinaire basse, on la voit aujourd'hui au stade de pyélonéphrite. Ce sont des trucs...parce que ça commence à brûler, parce qu'il y a une gêne, et puis pour temporiser on boit un peu, ça délite un peu les symptômes et on retrouve trois ou quatre jours après 40 de fièvre. Donc les infections urinaires basses, toutes les infections bénignes à la base qui dégénère et on consulte beaucoup plus tard.
- 965 Nicolas : Les gens viennent plus tard ?
- 970 M2 : Ah complètement !
- 975 M3 : Et sur plein de motifs ! (*M4 murmure quelque chose*) Non, non, moi je ne l'ai jamais vu comme ça ! Sincèrement, moi j'ai commencé, ça fait peut-être longtemps mais je voyais des infections urinaires basses, j'en voyais beaucoup, surtout à cette période là. Là j'ai vu en quinze jours j'ai dû voir trois ou quatre pyélonéphrites de suite, chose que je voyais pas. J'insiste et je le redis, on subit aujourd'hui une politique de santé en France qui est délétère, qui peut donner les moyens à certaines personnes au travers de la CMU, les moyens financiers bien sûr, de ne pas s'engorger l'esprit de ce détail pécuniaire là, parce que ça doit rester un détail, et vous avez à côté toute une frange de la population qui ne peut plus suivre parce qu'ils n'ont pas de mutuelle.
- 980 (*Brouhaha : Réactions vives de chacun pour confirmer le point de vue de M3*)
- 985 M1 : il y a des classements oui. On limite les gens qui n'ont pas la CMU et qui n'ont pas les moyens de se payer une mutuelle.
- 990 M3 : Peut-être que le RSA va changer ceci et encore j'en doute vu les modalités d'application, mais on le sent craindre. Moi je le crains. Peut-être mes collègues aussi, moi il m'arrive de plus en plus de faire des « dû par autorisation d'avance ». On a une touche, on télétransmet les feuilles de soins et on ne réclame que le tiers payant.
- 995 M1 : la Sécu est assez cool, elle ne nous casse pas les pieds non plus !
- 1000 M3 : Parce qu'on sait que ce sont des gens qui sont en difficulté.
- 1005 Il nous arrive, il m'arrive moi qui suis natif d'ici, je connais des gens depuis que je suis tout petit qui consultent au cabinet et qui en fin de consultation me glissent le chèque en me demandant d'attendre quinze jours avant de l'encaisser, on sait très bien que dans quinze jours ils seront remboursés par la caisse, donc ça sera une opération banche.
- 1010 Nicolas : Mais s'ils n'ont pas la mutuelle ils n'ont pas...
- 1015 M3 : La mutuelle ils l'ont perdu ! Ils ont perdu ceci hein !
- 1020 Nicolas : Donc problème économique là à la base.
- 1025 M2 : Il est double !
- 1030 M3 : problème de politique de santé avant tout.
- 1035 (*Brouhaha*)
- 1040 M1 : Problème d'accès aux soins aussi, parce qu'on est de moins en moins de médecin ! Et les gens du coup se retrouvent avec des cabinets de plus en plus engorgés, et comme de toutes façons on leur a raconté qu'ils pouvaient aller à la pharmacie, que ça n'avait pas besoin d'être remboursé. Enfin je veux dire, il y a toute une politique pour communiquer d'une certaine manière, c'est se qui explique que des symptômes qui n'étaient pas graves au début le deviennent, deuxièmement c'est l'engorgement général, en tous cas dans certaines régions, on en fait partie les cabinets médicaux parce qu'il y a de plus en plus de gens à soigner. Et il y a le problème économique derrière, alors que c'est pas toujours le moyen financier qui manque du côté du patient, c'est aussi une médecine...enfin nous, on ne la sent pas si génialement bonne dans les 10 à 20 ans qui viennent ! On va crapahuter de plus en plus sur des pathologies de plus en plus complexes parce que les patients auront un accès aux soins qui sera de plus en plus limité. Ça je pense que tout le monde en a plus ou moins conscience, même si on doit raconter le contraire pendant 20 ans !
- 1045 M3 : Sans vouloir aborder un problème aussi qui peut-être peut prendre son importance, est-ce que la précarité dans certains cas n'est pas non plus induite par nos pratiques à nous, je dis bien « nous », au travers d'honoraires libres, de dépassements pour exigences et de chose de ce type là ?! Il y a une question à se poser aussi sur les pratiques médicales dans certaines disciplines.
- 1050 M1 : Oui, tu fais surtout référence aux spécialistes là je pense.
- 1055 M3 : Je considère qu'on est tous...
- 1060 M1 : Oui, oui, oui.
- 1065 Nicolas : Donc ces pratiques médicales plus la politique étatique, enfin...de...qui génèrent /
- 1070 M3 : La politique d'Etat qui appauvrit tout le monde, qui en demande de plus en plus et qui fait passer une partie de ce qui devait être pris en charge par la Sécurité Sociale par la mutuelle, les gens qui n'ont plus de mutuelle sont obligés de financer de plus en plus leurs soins. Et jusqu'à un certain moment, on ne peut tout demander aux gens, on ne peut pas tout faire non plus ! Au Etats Unis, qui avaient une politique de santé complètement différente... tu es économiste toi (Nicolas) ?
- 1075 Nicolas : Euh, économiste, économiste je ne sais pas !
- 1080 M3 : Où ils avaient une politique de santé qui était complètement différente avec une part de la privatisation qui était énorme, ils sont en train de glisser dans l'autre sens, ils introduisent une part de prise en charge publique plus importante justement pour palier à tous ces problèmes là. Ils ont, peut-être pas à la même échelle, mais ils connaissent des problèmes de santé publique autres, parce qu'ils n'avaient pas cette prise en charge. La santé de la population c'est un problème de santé publique, il faut que l'Etat comprenne qu'ils doivent mettre les moyens, pas de façon désordonnée. Aujourd'hui quand pique 1€

- 1055 sur une consult', quand on pique 1€ sur une consultation, ce n'est pas 1€, sur 22€ déboursés, très souvent les gens sont remboursés 14, 15, 16 € ! Parce qu'il y a les franchises au niveau des boîtes, il y a les franchises sur les consultations, il y a des choses de ce type là, c'est beaucoup plus lourd à supporter pour les gens. Je crains que ça s'aggrave.
- 1060 M1 : Déjà c'est 14,40€, plus les demis euros de boîtes, il ne reste plus grand chose.
- 1065 M2 : Et si tu prescrites encore de la biologie ça te fait 1€ en moins, de la kiné ça fait encore 50 centimes par séances. Mais, je voulais dire effectivement, c'est dans le même cadre, ça reste un exemple, j'ai un patient qui vient pour une raison X et je suis embêté cliniquement je suis coincé, je ne suis pas certain de mon diagnostic, donc je veux faire des examens complémentaires, ou j'ai un malade qui est suivi et je voudrais voir un spécialiste référent pour m'assurer que le suivi que je fais reste dans le cadre logique et qu'on aura quelque chose, on voit de plus en plus des gens qui disent « Non docteur, je ne veux pas faire de prises de sang, m'envoyer pas chez untel, on fera ça plus tard », et la fois d'après « Oh non docteur, machin chose... on fera ça encore plus tard. ». Et plus tard de plus tard de plus tard...
- 1070 Nicolas : Et ça vous le voyez plus maintenant qu'il y a 10 ans ?
- 1080 M2 : Tout à fait. Bien sûr. Et ça on le voit, M4 à un peu plus d'expérience professionnelle que nous, nous on commence à avoir un peu d'expérience on est à 20 ans, à 10 ans, on est peut-être responsable nous au départ d'une politique de santé inflationniste où on a fait du grand n'importe quoi, le mec il venait avec les nez qui coulait, hop bilan sanguin, radio des sinus, ça a été fait il y a 20 ans ! Parce qu'il y a 20 ans on avait une politique où la Sécu payait, il n'y avait pas de souci, donc on pouvait y aller, personne ne disait rien, ça faisait qu'on pouvait faire tranquillement un chiffre d'affaire surgonflé. Ce qu'on a appris à ne plus faire maintenant, e contre coup de cette politique où on pouvait faire tout et n'importe quoi, qui est une politique maintenant répressive, pour le médecin et surtout pour le patient, parce qu'ils ne peuvent plus se soigner, c'est pour ça que je parle de politique répressive, fait qu'on n'arrive plus à faire une médecine correcte. Je veux bien que la médecine c'est de la clinique mais... c'est pas 100% de la clinique on est parfois un peu embêté.
- 1085 Nicolas : Oui, c'est un mouvement de balancier qui vous amène trop loin.
- 1090 M1 : Non, et puis au niveau médico légal c'est des choses qu'on peut nous reprocher par la suite. Quelqu'un qui a une [1 :25], que vous l'envoyez trois fois faire une colo et une gastro, c'est un exemple concret assez fréquent dans la population âgée, qu'il ne va pas la faire et qu'après on lui découvre un myélome du colon ou autre, il ne pourra pas dire qu'il n'était pas au courant qu'il risquait de l'avoir, donc on a fait retarder la coloscopie. Vous voyez, c'est des trucs tout bêtes mais des exemples comme ça on en a tous régulièrement au cabinet. On parlait des pyélonéphrites tout à l'heure, des broncho-pneumopathies chez des gens sans antécédents particuliers au début, parce qu'ils ont mis du temps à consulter, on en vient à des systèmes un peu à l'anglaise où les gens consultent de plus en plus tard et de moins en moins fréquemment parce que ça devient difficile de consulter, il y a l'engorgement, financièrement c'est difficile aussi et le discours de l'Etat c'est qu'on dépense trop d'argent, il y a le trou de la Sécu alors les gens se sentent à chaque fois coupables quand ils vont se faire soigner, il y en a certains qui ont conscience de ça quoi.
- 1100 M2 : Dans la précarité financière dont on parle le plus parce qu'e apparemment dans notre secteur c'est plutôt ça qui nous touche plus qu'une grande précarité. Je veux dire, quand on... notre consultation est à 22€, on n'épilogue pas la dessus, je suis d'accord avec M3, de plus on plus on fait du tiers payant, du dispensé de tiers payant, dû par autorisation d'avance, qui normalement n'est pas autorisé par la Sécurité Sociale (M3 :
- 1130 Mais qui joue je jeu quand même !), qui joue le jeu. Il faudrait que pour un patient X on demande à la Sécurité Sociale l'autorisation de lui faire un dû par autorisation d'avance. On le fait maintenant, moi je le fais tous les jours, je ne vais pas dire plusieurs fois par jour, mais tous les jours. Alors qu'il y a cinq ans je ne le faisais pas, mais pas du tout. Là ça m'arrive de le faire tous les jours, et pas forcément sur proposition, quand vous connaissez bien les gens vous leur proposez des fois parce qu'ils ont une fierté personnelle qui fait que parfois ils ne veulent pas vous en parler. Nous on fait ça, c'est vrai que la carte vitale c'est remboursé très rapidement. Je ne veux pas polémiquer non plus, vous allez chez le spécialiste qui vous fait une électro, et un machin, vous allez chez le radiologue, alors c'est de ma faute parce que j'ai prescrit une radio de colonne corps entier plus une radio d'épaule droite et gauche, mais je veux dire, 95 fois sur 100 il ne va pas y avoir de tiers payant. Les gens vont être obligés d'avancer 100€, 150€ voire 200€ et c'est pour ça qu'on dit « Non docteur, pas maintenant », on va vous sortir parfois une excuse bidon parce qu'il y a le frère qui vient d'Italie, la grand-mère et machin et y a ci et ça, et parfois on va vous dire « Docteur je ne peux pas ». Alors bon... c'est un souci...
- 1135 Il y a de la précarité sorti d'hospitalisation. Il y a de la précarité chez la personne âgée solitaire que M4 décrivait bien tout à l'heure qui existe un peu chez nous aussi, on n'a pas le même secteur. Vous êtes appelé chez elle, vous l'hospitalisez parce que vous n'avez pas d'autre solution sociale, je dis bien sociale, je ne parle pas de médicale, il y a effectivement un motif médical mais parfois l'hospitalisation est sociale, elle va durer huit jours, quinze jours, trois semaines, et au bout d'un moment on va lui dire « Madame, monsieur, vous rentrez chez vous ». On se retrouve exactement /
- 1140 Nicolas : Toujours dans le même contexte. /
- 1145 M1 : il n'y a pas eu de solution apportée au problème.
- 1150 M2 : Voire même dans une précarité un peu plus importante parce que la personne X qui a été hospitalisée s'est trouvée dans un certain confort et une certaine sécurité qui, quand elle va rentrer chez elle, va lui ré aggraver sa précarité par aspect névrotique, pas forcément névrotique mais par peur de dire « Mince, je suis de nouveau toute seule. ». On retrouve ça aussi.
- 1155 Nicolas : Est-ce que par rapport aux différentes situations de précarité que vous avez évoqué, par rapport aux difficultés aussi, vous avez des partenaires, il y a d'autres acteurs locaux qui prennent en charge ces patients, avec qui vous travaillez, avec qui vous vous relayez, je ne sais pas, est-ce qu'il y a d'autres acteurs identifiés clairement ?
- 1160 M1 : Ben...il y a les entres d'action sociale des différentes mairies ici qui M4hent relativement bien. Après il y a l'assistante sociale etcetera, enfin en général on utilise...dans les problèmes de précarité j'envoie les gens vers là.
- 1165 Nicolas : C'est un recours fréquent ?
- 1170 M1 : Quand les gens sont dans une situation où ils ne connaissent pas entre guillemets leurs droits, ils ont droit à une CMU ou autre et ils ne la font pas valoir effectivement on va les aider aussi mais il faut absolument qu'ils aillent se faire aider pour monter les dossiers parce que, on leur explique bien que l'argent ne doit pas être un frein dans la prise en charge.
- 1175 Nicolas : Donc là vous les orienter vers, ou vous appelez ?
- 1180 M1 : En général je leur dis de se mettre en contact avec e centre d'action sociale de la mairie et même si ce n'est pas le bon intervenant, en général ils ont la bonne réponse, ils les réorientent éventuellement vers la Sécu ou ailleurs mais... Peut-être qu'il y en a qui n'ont pas été contents de mes conseils, mais... on n'est pas très très... enfin c'est quelque chose à laquelle on est confronté mais on voit bien la plupart des...solutions sont politiques ou sociales mais rarement médicales. Moi je veux bien soigner les gens pour rien, ça...c'est pas... Comme disait M2, c'est pas les 22€ de la consult' qui
- 1185
- 1190
- 1195
- 1200

- 1205 vont... (Brouhaha) Le problème n'est pas à ce niveau là, on le voit bien. Il faut quand même payer les examens complémentaires, les médicaments, et ça... On voit bien que le frein c'est pas trop au niveau de la médecine générale en elle-même, il faut qu'il y ait tout un tissu social qui existe naturellement. On parlait tout à l'heure de contre exemple dans les familles d'origine latine qui sont beaucoup plus soudées et qui du coup font jouer la solidarité et on a beaucoup moins de problème de prise en charge des patients, la famille est derrière pour assurer quand le patient n'est pas là. Et puis tout le reste, il devrait y avoir un tissu social qui devrait le prendre en charge mais malheureusement, on voit ça se délité, et tout ce qui existait au niveau médical ça se délité aussi un peu et...
- 1210
- 1215
- 1220 Nicolas : est-ce qu'il y a d'autres acteurs auxquels vous pensez ?
- 1225 M1 : des fois l'hôpital qui joue le jeu pour une hospitalisation qui sort du rôle médical, qui est sociale. Ici on n'a pas trop trop de souci, bon pas toujours par le travers des urgences mais quand on connaît un ou deux... Que ça soit sur Briey ou Joeuf /
- 1230 M2 : On a un hôpital local orienté gériatrie qui effectivement... ils sont compliants de ce côté là. Bon, comme il (M1) dit il ne faut pas dans 'urgence, faut pas que vous disiez « je veux qu'ils me le prennent à 11h30, mais vous le négociez pour deux ou trois jours plus tard et on y arrive.
- 1235 M1 : Et eux sont en contact avec l'assistante sociale de l'hôpital qui monte des dossiers, ils mettent en place les aides dont vont avoir besoin ces patients pour que justement quand ils sortent ils ne se retrouvent pas dans le même bazar qu'en entrant.
- 1240 Nicolas : Il y en a d'autres qu'on peut lister ?
- 1245 M3 : Oh, les services d'intervention ménagère à domicile c'est quelque chose d'important je pense. Les services de soins à domicile aussi qui interviennent.
- 1250 M2 : Les infirmières libérales aussi.
- 1255 M3 : Voilà, les infirmières libérales qui ont un rôle très important. Et quand on regarde tout ça finalement, et j'insiste une nouvelle fois, il (M1) parlait qu'on oriente nos patients vers le CCAS, oui c'est une déM4he politique qui doit répondre à ceci. On parlait aussi des assistantes sociales et des hospitalisations pour avoir des aides, à ce niveau là ce sont des aides départementales, c'est aussi une déM4he politique du Conseil Général dont dépend ... Globalement on subit, on met des rustines, des pansements, on fait ce que l'on peut, on fait des actes gratuits quand on peut en sachant que peut-être que derrière ça ne suivra pas, mais on n'a pas les clés de tout ça, on n'a pas les clés. On est acteurs parfois débités.
- 1260 M1 : Dépités !
- 1265 M3 : Oui, dépités ! Je pensais à autre chose ! J'étais en train de penser à une réunion que j'allais avoir avec le Conseil Général.
- 1270 Nicolas : D'accord. Je comprends es situations où vous voyez que ça vous dépasse. Et puis j'imagine que des fois vous bricolez entre guillemets, à votre échelle, à votre niveau. Il y a peut-être des solutions qui sont intéressantes de raconter et de connaître, parce que ça suffit à travailler une difficulté.
- 1275 M2 : Le bricolage c'est ce qu'on disait là, c'est de faire intervenir à domicile le plus d'intervenants possibles, l'aide ménagère, l'infirmière, le kinésithérapeute où vous lui dites « Ecoutes tu vas aller voir la bonne grand-mère, c'est pas pour lui faire courir le marathon dans trois semaines » mais on sait que si le kiné passe trois fois dans la semaine ça fait trois fois un quart d'heure et ça fait toujours trois quarts d'heure de présence ! On a ... les intervenants sociaux, CCAS, dont on expliquait que sur le coin ils ont un rôle important notamment dans es foyers-résidences où les deux concierges ont un rôle qui dépasse le simple rôle de réparateurs de robinet qui fuit ou de pelouse à tondre /
- 1280
- Nicolas : Quand vous parlez d'AS, elles relèvent des communes ? Du Conseil Général ? De l'Etat ?
- M3 : Vous parlez de ?
- Nicolas : D'AS, l'aide sociale.
- M3 : Ah, les assistantes sociales sont souvent...vous avez les assistantes sociales du Conseil Général et les assistantes sociales de terrain au niveau des PMI et choses comme ça qui sont beaucoup plus localisées. Mais il y a des permanences locales bien sûr ! Je pense que laide sociale aujourd'hui c'est une compétence départementale. Au-delà de ce qui peut être bricolé au niveau communal, c'est une compétence départementale.
- M2 : C'est la première structure politique de l'Etat donc c'est le département à mon avis.
- M1 : Ce qu'il faut c'est que ça soit simple, quand les gens cherchent à savoir ils sachent où aller, ils ont leur réponse. Ici dans la région ça M4he.
- Isa : Oui, c'est l'impression que j'ai, ici vous n'êtes pas...
- M1 : Après, une fois que ça deviendra plus compliqué il faudra mettre en place un réseau plus maillé, plus précis, mais j'ai l'impression qu'en envoyant au CCAS de la mairie tu as toujours une solution même si c'est pas là.
- M3 : Il y a un tissu associatif et aussi des rapports privilégiés entre les décideurs locaux et le monde libéral, ce que nous on représente. Très clairement, notre pratique médicale, jamais personne ne nous amis un frein ! Demain M2 ou M4 prend son téléphone pour appeler en mairie, il a un problème on va lui passer quelqu'un qui va lui donner une solution ou au moins qui va orienter. On n'est pas pieds et poings liés, on a des intervenants qui sont capables de nous aiguiller. C'est sûr, intervient là dedans une question de temps passé dans la consultation, mais à partir du moment où on a un contact téléphonique le plus facile c'est d'orienter le patient directement là bas et de ne pas gérer le dossier. Autre point, M1 le disait et on le disait aussi, le fait de faire un acte gratuit ça arrive, on en fait tous, on ne devrait pas mais on en fait tous. On ne devrait pas pour une bonne et simple raison c'est que notre pratique médicale, on est payé à l'acte. On le conçoit comme on veut mais on ne devrait pas. On le fait par nécessité pour les gens. Il existait jusqu'à pas si longtemps que ça, les laboratoires jouaient le jeu et nous laissaient des boîtes d'échantillons, c'était très courant ! On avait tous des pharmacies complètes qui nous servait bien sûr à nous, à soigner nos familles, mais on avait tout ce qu'il fallait dans notre armoire, le patient qui arrivait, qui n'avait pas les moyens, on lui donnait cet échantillonnage et puis voilà, on en parlait plus, le pharmacien n'en savait rien parce que peut-être ça ne lui aurait pas plus mais c'était comme ça. Ça a disparut, c'est interdit, sous peine de traçabilité on a dit /
- M2 : Pas que de traçabilité. Au départ ça été dit que c'était considéré comme des avantages acquis des médecins par rapport aux laboratoires et donc ils n'avaient pas d'indépendance de prescription. La fameuse loi dit « Loi cadeau »...
- M3 : Ce qui a été récusé par les syndicats, alors on nous a foutu dessus la traçabilité des médicaments. Moi ce qui m'intéresse c'est la traçabilité du patient, les soins du patient ! La traçabilité du médicament euh...
- M2 : Je voulais aussi dire, là on parle par expérience personnelle puisque c'est l'intérêt des focus groupes, qu'on est un certain nombre (*interruption le M3 et M1 sur une chaise cassée, M2 perd le fil*)
- On a aussi la chance à ce niveau ici d'avoir des médecins, ce que je ne nomme pas ne m'en voudront pas, mais notamment M3 et moi qui avons des responsabilités extra médicales. Associatives, politiques, peu importe. Ce qui fait qu'on a des portes !
- M3 : Pour être très clair parce qu'il faut quand même mentionner

- un peu les fonctions, c'est important et vous allez en déduire pourquoi on se focalise. Je suis conseiller municipal au conseil municipal de Joëuf, je suis conseiller délégué en charge du développement durable, vice-président de la commission de développement durable et je suis aussi administrateur de Maillot. Donc le côté politique...
- 1360 Nicolas : Maillot ?
- 1365 M3 : L'hôpital de Briey, le centre hospitalier. Donc mon résonnement au niveau politique c'est parce que j'ai les cartes pour en parler.
- 1370 M2 : Donc moi je suis pas du tout politique mais je suis président du club de tennis local qui est donc la troisième association sportive, donc sur un autre tableau, et en relation souvent avec les acteurs locaux, municipaux. Avec les CCAS, sans que ce soit de la médecine on fait des actions sur les jeunes, des actions avec le service jeunesse, donc forcément, quand vous avez ce rapport là, vous pouvez facilement appeler et dire « J'ai un souci qui ne concerne pas le tennis ! », peu importe, après il n'y a plus d'étiquette. Vos patients vous les défendez comme... vous dites « Voilà, j'ai besoin ».
- 1375 Nicolas : Visiblement vous reconnaissez une qualité du réseau.
- 1380 M2 : Oui, alors c'est pas forcément un réseau médical au départ mais je veux dire c'est un réseau qui fait qu'on a ici des facilités qui n'existent peut-être pas partout.
- 1385 Isa : Vous pensez qu'à peu près tous les médecins sur la zone du département se sentent un peu comme vous, ou c'est parce que vous, vous êtes particulièrement impliqués ?
- 1390 M1 : dans la vallée en tous cas, oui.
- Nicolas : et ceux qui sont un peu plus excentrés vous partagez ?
- 1395 M1 : Ben ils rencontrent des difficultés plus importantes que les nôtres parce qu'il y a un tissu social beaucoup plus important.
- M4 : C'est très différent.
- 1400 M1 : Parce qu'il y a eu un délitement récente, dans les quinze dernières années.
- M3 : Mais ça se construit ça madame, ça se construit. Je crois qu'il est très très difficile, et ça tout le monde vous le dira, d'être médecin et d'avoir une vie, j'appellerais ça publique. Peu importe, parce que c'est difficilement concevable pour beaucoup de gens. Pour les médecins que nous sommes ça prend énormément de temps à côté donc il faut être en mesure de pouvoir en dégager de ce temps, c'est prendre des responsabilités c'est pas seulement dire « oui » et voilà. Moi j'ai la chance de travailler avec M1 qui, je vous donne un exemple, ce matin j'étais en consultation jusqu'à...je suis parti très tôt, jusqu'à 12h aujourd'hui, j'ai fait une visite et j'étais libre après, parce que justement normalement M1 travaillait, bon là il remplaçait mais bon on travaille en alternance. M2 à ce même système avec son épouse mais c'est un investissement et cet investissement est payant.
- 1405 Isa : Quand je dis « privilégié », je dis simplement différent d'autres médecins qui seraient un peu plus isolés dans leur pratique. Je comprends bien que vous l'avez construit, pas de souci.
- 1410 M2 : Un autre exemple, cette maison médicale, qui est une double volonté, une volonté des médecins au départ et de notre ami JL qui n'a pas pu assister à cette réunion et qui le père fondateur si je peux dire. C'est-à-dire que c'est lui qui, il y a trois ans, est allé voir Monsieur le maire en disant « Voilà, je veux faire ça ». On en a parlé ensuite entre nous, on a porté le projet, ça été une bataille de trois ans, et quand je dis bataille je dis bataille ! Je pense que cet outil de travail est un outil anti-précarité, (Isa : Oui, bien sûr !) Ça semble évident. On nous a mis dans la gueule, je m'excuse mais on nous a mis dans la
- 1435 gueule de faire cette maison médicale pour faire du fric sur le dos des patients! Et c'est des acteurs du monde de la santé qui nous ont dit ça !
- Nicolas : des confrères ?
- M2 : des confrères et pas que des confrères.
- 1440 M1 : Oh c'est de la jalousie mal placée c'est tout !
- Isa : Sous quel argument ?
- 1445 M2 : Sous l'argument /
- M1 : une grosse structure pour attirer les gens.
- 1450 M2 : Voilà, que c'était une grosse structure pour attirer les gens, uniquement pour qu'on se fasse du fric /
- M1 : Comme les centres commerciaux et les petits magasins quoi !
- 1455 M2 : Et qu'on ne paie pas de loyer. Que ci et ça, qu'on allait rien payer. Moi je peux vous dire que moi je paie exactement le même loyer que là où j'étais auparavant. Mes amis M3 et M1 paient plus cher que ce qu'ils payaient auparavant (*M1 acquiesce en souriant*). Et nous a dit, on nous a accusé, et ça été très loin, ça été écrit dans le journal local ça !
- Nicolas : Bon, visiblement les acteurs locaux n'ont pas entendu.
- Isa : Oui, ils sont satisfaits.
- 1465 M2 : Il y a eu trois procès contre la mairie avec cette histoire là. Avec deux jugements sur la forme, enfin deux non recevables sur la forme et un sur le fond. Donc... La précarité, oui c'est bien, mais il faudrait au moins que tous les acteurs de la santé tirent dans le même sens, mais malheureusement ce n'était pas le cas sur cette histoire là! D'où des difficultés... Donc la précarité...on n'arrivera jamais à... /
- M3 : On n'est que la rustine sur le pneu ! Il faut que ça soit l'ensemble qui tire dans le même sens bien sûr.
- M2 : Voilà, c'est ça !
- 1480 Isa : Donc nous, l'objet de la thèse c'est d'essayer de voir s'il y a des besoins identifiés un peu plus pratiques, au quotidien, sur lesquels on pourrait éventuellement apporter des idées de réponses. Vous, j'ai l'impression qu'au quotidien ici vous n'êtes pas tellement gênés, vous avez construit votre pratique, vous êtes bien entourés.
- 1485 M2 : Vous avez quand même des idées de réponses par rapport aux secteurs où ils n'ont pas de...
- Isa : Oui, parce qu'on n'a pas du tout le même retour sur les médecins de Nancy, il y a des situations différentes. Donc il y a des choses sur Nancy qui ont besoin d'être faites, c'est clair. Je ne suis pas sûre qu'ici il y ait les mêmes besoins.
- 1490 M1 : Oui, mais il y a eu des soucis ici il y a trente ans qui ont fait qu'il y a des choses qui se sont mises en place, on parlait du cas particulier de la vallée de l'Orne, c'est des gens qui se sont retrouvés au chômage ou en perte d'emploi mais qui n'ont pas bougé, qui sont restés. C'est pour ça que les choses se sont mises en place aussi je pense, parce qu'il y a une municipalité qui allait dans le sens là. Parce que si, le cas de Mancieulles, les gens meurent ou s'en vont, il y a d'autres personnes qui travaillent ailleurs qui viennent s'installer et ils ne sont pas dedans. Du coup ils ne se sentent pas impliqués dans les problèmes de solidarité, du coup la petite mamie qui ne connaît plus ses voisins et ben elle reste toute seule chez elle. Alors que si c'était le fils à sa copine qui était encore là il viendrait lui demander. Enfin tu vois, les gens se connaissent pas du tout, c'est ce qui se passe dans certains patelins qui se transforment en cités-dortoirs,

- 1510 les gens ne sont jamais là et la solidarité va se mettre en place, l'action sociale va probablement se mettre en place mais dans 10-15 ans elle sera efficace comme elle le sera ici. Mais dans 10-15 ans...
- 1515 M4 : C'est-à-dire que le système social dans nos régions, nos pays, a été essentiellement dominé jusque là par le régime minier. Il était exclusivement minier. Toute personne du régime général qui devait avoir besoin d'une aide à domicile ou quelque chose ils étaient obligés de passer le régime minier. C'était le régime minier qui était le support exclusif.
- 1520 Nicolas : Oui, en Lorraine, le bassin houiller, sidérurgique, ça a aussi façonné peut-être les pratiques des médecins en local.
- 1525 M4 : ça a créé aussi des disparités au sein de la population avec des...
M1 : Des gens mal lotis.
- 1530 M4 : Oui, voilà ! Il y avait un ressenti des gens et bon, c'est vrai que ça a créé une mentalité particulière.
- 1535 M3 : Je réfléchis à votre question et je ne trouve pas ce que l'on pourrait faire, ce qu'on pourrait nous apporter pour améliorer la prise en charge sur notre secteur. Sincèrement je...je n'en ai pas besoin.
Nicolas : Ou alors pour faciliter votre travail quotidien quoi. C'est pas une demande ? Vous ne la formulez pas ?
- 1540 M3 : J'estime qu'aujourd'hui, on a tous les mêmes tracas de prise en charge etc, mais dans la pratique quotidienne, on exerce dans une structure sécurisante pour plein de choses, d'une part pour la prise en charge de nos patients quand on n'est pas là, on exerce dans des régions où les services sociaux sont vigilants, réactifs, avec qui on entretient des rapports de très bonne qualité, on a sur place un centre, un hôpital de campagne excusez-moi, c'est pas un centre hospitalier, avec lequel on entretient aussi de très bons rapports, qui sont là vraiment pour nous sortir l'épine du pied quand on en a besoin, niveau social ou ailleurs. Je ne vois pas, à part tuer Monsieur Sarkozy et virer son ministre de la santé ce qu'on peut faire de mieux !
Et je ne suis pas communiste malgré que la vallée le soi !!!
(rires)
- 1555 Isa : Donc, encore une fois vous pensez que c'est un sentiment partagé par l'ensemble des médecins du Nord du département ?
M1 : Oh, il y a quand même des disparités, on va dire la vallée de l'Orme.
- 1560 M2 : Entre Longwy, a partie toute haute, le ressenti non, je suis certain que le ressenti est différent d'ici. Parce qu'il y a plusieurs régions. D'abord ils sont frontaliers avec une migration de population, des gens qui travaillent au Luxembourg ou en Belgique, nous aussi on en a mais eux sont tout à fait à côté. Donc il y a déjà ce partage, dans les deux sens d'ailleurs pour les soins. Ils ont des difficultés d'ordre professionnel, de démographie professionnelle encore plus importante que ce qu'on a nous ici. Un souci de démographie médicale que nous on n'a pas actuellement et qu'on essaie de contrer par la maison médicale et d'autres choses. Je dirais que les médecins d'ici, on est de la même génération, on a tous grandi ensemble sur le plan médical, on s'est tous installés à peu près à la même période, donc à une année près on a tous le même âge, il reste encore quelques dinosaures. Sur notre secteur de garde on est dix sept, ça fait 27 médecins avec ceux qui sont dispensés de garde. Il y a cinq ou six médecins à qui on doit le respect, ensuite il y a vingt médecins et il y a deux plus jeunes, qui sont à une dizaine d'années d'installation. Donc on a à peu près une vision uniciste de la chose. C'est sûr qu'on a des problèmes de personnes entre nous, des problèmes d'hommes comme dans toutes les sociétés.
- 1575 Isa : Il y a quand même une bonne communication.
- 1585 M3, M2, M1 : On peut le dire, sincèrement on peut le dire.
M2 : Ce qu'il n'y a pas forcément tout à fait dans le Nord du département.
M3 : Et encore moins dans le sud je pense.
M2 : Effectivement ils n'ont pas les mêmes problèmes. Ils ont un grand hôpital à Mont Saint Martin mais il n'y a pas de structure comme nous on en a une ici où on peut dire « Hey les gars, HELP, c'est du social ! ». Et on va vous dire « C'est du social ? Attends, je ne peux pas te le régler aujourd'hui mais je te le règle demain ou dans deux jours ! ». Si vous appelez un grand hôpital on va vous dire « Du social ? Vous êtes bien gentil monsieur mais c'est pas notre boulot ! ».
- 1590 M1 : Et on connaît déjà leur réponse avant de téléphoner, on prévient le patient de comment ça va se passer, il est heureux parce qu'il y a une solution. C'est un peu ce qu'on disait tout à l'heure, on sent ces problèmes mais en dehors de la volonté de certains patients de ne pas vouloir suivre, ou de ne pas vouloir être compliants, en général on a une solution à apporter.
- 1595 M2 : Alors le corollaire c'est qu'on passe peut-être à côté de cas de grande précarité parce qu'on a l'impression qu'on n'en a pas. Ça j'en suis persuadé mais bon...
- 1600 M1 : Donc finalement c'est un système qui prend en charge la précarité et autre que le système médical, ben ça élimine la précarité médicale.
- 1605 Nicolas : Par rapport aux besoins, est-ce que vous avez quelque chose pour faciliter votre exercice quotidien ?
- 1610 M1 : Plus d'assistantes sociales ! (en riant)
M4 : (Hausse les épaules) La lutte contre l'isolement, c'était la solution. Mais je ne vais pas revenir que les tentatives qui ont été faites.
- 1615 Nicolas : Une aide à la mobilité ?
- 1620 M4 : Aide à la mobilité ? Dans quel sens ? Concernant les patients ?
- 1625 Nicolas : Vous parliez des patients qui ne pouvaient pas venir.
- 1630 M4 : C'est sûr que les modifications économiques du bassin ont fait qu'il y a des changements dans le rythme des transports par autobus. Des tas de choses ont disparu, des tas de petites gares qui permettaient aux gens de se rendre au M4h par exemple, tout ça a disparu, c'est vrai que ça joue, enfin c'était pratiquement inéluctable.
- 1635 Nicolas : Et sinon, dans l'exercice quotidien ?
- 1640 M4 : Dans l'exercice quotidien ? Après c'est un problème personnel. Une isolation entre associés, bon, ils ont été témoins que j'ai fait une tentative d'association, mais bon, c'est pas faute d'avoir essayé mais c'est problèmes personnels qui n'ont plus rien à voir avec les...
- 1645 Nicolas : Donc l'association facilite le...
- 1650 M4 : Oui, certainement ! J'en suis intimement persuadé ! C'est l'avenir des patients et des médecins.
- 1655 M1 : Oui, et le fait de discuter. On a mis en place le groupe de pairs il y a deux ans, on savait pas trop ce que ça donnerait et finalement on est tous bien contents d'y aller une fois par mois. On présente nos cas mais on déborde largement, on discute justement en général des problèmes de réseau essentiellement médical, des soucis avec la caisse, parce qu'on en a quand même. Il y a cette volonté de discuter, c'est pas forcément au sein d'un groupe e pair que ça se fait mais on sent qu'il y a une volonté de dialogue et d'améliorer la pris en charge de nos patients. Et le reste, des moyens existent dans notre région.
- 1660

Retranscription FG 5 Baccarat le 25 06 2009

Animateur: Thomas Querrioux

Co-animatrice: Cécile Flye Sainte Marie

Observateur: Isabelle Querrioux

5 **Participants: Médecin n°1 : M1 –homme, médecin n°2 : M2 – homme, médecin n°3 : M3 – homme (3 désistements de dernière minute)**

(0'36")

10 **Thomas** : bon donc je vais vous situer le contexte et vous expliquer comment ça fonctionne (..) le travail de ce soir s'inscrit dans le travail plus général de thèse de Cécile et Isabelle qui travaillent sur les difficultés de prise en charge des patients précaires par les médecins traitants et elles ont choisi de faire une partie de leur thèse d'une façon qualitative, quantitative d'abord, elles ont fait un questionnaire qu'elles ont envoyé aux 800 médecins traitants de Meurthe-et-Moselle, vous l'avez peut-être reçu.

20 **M2** : oui

M1 : on y a même répondu

25 **Thomas** : c'est bien ça :) vous faites partie des 400 qui ont répondu

M2 : 400 c'est ça

Thomas : C'est pas mal hein?

30 **M1** : oui c'est pas mal

(..) (2'24")

35 **Thomas** : dans la deuxième partie de l'exercice, elles réunissent des gens, en ce qui s'appelle un focus groupe, donc une démarche que vous connaissez peut-être aussi ?

M2 : (signe que non)

40 **Thomas** : dans ce type d'étude, c'est l'approche qualitative, elles réunissent un certain nombre de personnes à chaque fois, entre 2 et 8, et à chaque fois, ce sont des gens qui ont des pratiques différentes, qui travaillent dans des milieux différents, et vont pouvoir apporter leur éclairage sur la problématique, et donc le système de ces focus groupes, consiste en des entretiens semi-dirigés, avec un intervenant qui est externe, c'est là que moi j'interviens, je suis ingénieur, je travaille à GDF, je n'ai pas d'autres biais sur le milieu médical que celui que peut m'apporter Isabelle mon épouse, mais bon, c'est donc une grande première

45 pour moi ces entretiens et ils s'organisent autour de la problématique de la prise en charge des patients précaires par les médecins traitants. On essaye d'aborder l'échange en partant des problèmes que vous pouvez rencontrer, qui vous permettent de définir un panel vaste des difficultés qui peuvent être les vôtres, auxquelles vous ne pouvez pas répondre tout seul, de voir à qui vous faites appel ou quels sont vos besoins en fait, pour pouvoir répondre à ces problèmes. Voilà. C'est vrai qu'avec 2 médecins ça va être un peu plus difficile, mais on va essayer d'y aller, et puis Cécile est là pour me recadrer, moi je fais un travail surtout de reformulation et j'oriente un peu, mais normalement pas plus.

50 **Cécile** : moi je me pose simplement en garante du sujet, et des choix d'orientation qu'on a voulu lui donner.

55 **Thomas** : je vous propose pour démarrer qu'on commence par finir le tour de table, et pour l'enregistrement, c'est important que vous resituez le contexte de votre activité et peut-être d'évoquer le nombre de fois dans une semaine ou dans le mois où vous avez à faire face à des difficultés liées à la précarité selon vous...

60 Et encore une fois, quand on parle de précarité c'est au sens très large.

M2 : oui, il faudrait peut-être donner la définition de la précarité..

70 **M2** : oui, il faudrait peut-être donner la définition de la précarité..

75 **M2** : oui, il faudrait peut-être donner la définition de la précarité..

Thomas : non, c'est vous qui allez le faire.. l'idée c'est plus de partir sur les difficultés liées à la précarité

80 **M2** : alors il faut que je commence c'est ça ?

Thomas : allez-y.

M2 : il faut que je me présente déjà c'est ça ?

85 **Thomas** : oui, s'il vous plaît.

M2 : donc je suis le Dr M.. de Blâmont, comme on disait tout à l'heure, Blâmont c'est un petit village, il y a 1200-1300 habitants, je ne sais pas actuellement, combien exactement, mais c'est très rural, puisque on est le plus grand canton de France en nombre de villages. 32 villages..

90 **M1** : ah oui ?

95 **M2** : mais des petits villages..

M1 : il y a combien d'habitants dans ton canton ?

100 **M2** : en tout, je ne sais plus, mais bon, on est aussi à la frontière de la Moselle, à 3km, donc moi j'ai plus d'un tiers de ma clientèle en Moselle, comme l'ensemble des médecins de Blâmont. Donc nous sommes 4, et nous sommes 2 associations de 2.

105 **Thomas** : d'accord. Et vous avez fait toute votre carrière en milieu rural ?

M2 : ah oui, je me suis installé à Blâmont, il y a bientôt 16 ans. Et je ne me suis installé qu'une fois.

110 **Thomas** : excusez-moi, je raisonne aussi par rapport à..

M2 : non mais c'est une bonne question !

115 **M1** : c'est une question qui devient d'actualité

M2 : j'ai un confrère qui a 2 ans de plus que moi et qui s'était installé autre part avant..

120 **M1** : ça commence.. on voit des changements de village, les gens déménagent, les médecins..

M2 : oui, il ne reste plus... je pense que je fais partie des derniers anciens médecins on va dire.. c'est-à-dire que je suis le plus jeune de notre groupe de Badon, Cirey, Blâmont, et une petite partie de la Moselle, donc je pense que ceux qui vont venir après seront un peu différents.. parce que j'ai connu il y a 15-16ans, et j'ai connu même avant..

125 **Thomas** : d'accord

130 **M1** : alors moi **M1**.., je suis médecin généraliste à Baccarat, donc 4900 habitants, c'est une commune avec une grosse entreprise bien connue, qui a quand bien réduit puisque quand je suis arrivé il y avait plus de 1000 ouvriers, et là actuellement on tourne autour de 500, je crois qu'on est monté jusqu'à 1200. Donc c'est quand même un exercice semi-rural, je crois qu'on a 17 villages et le canton doit représenter 11500 habitants, grosso modo, donc c'est vraiment semi-rural. Et je travaille à la maison hospitalière ici et j'ai aussi une activité de ...

135 **Thomas** : vous nous avez déjà donné le nombre de lits à la maison hospitalière mais c'est combien..?

140 **M1** : alors, la maison hospitalière, c'est 2 établissements adossés l'un à l'autre, un établissement sanitaire avec 11 lits de médecine et 45 lits de USLD, et une EHPAD de 108 lits, qui est médico-sociale, et donc j'ai eu une activité de médecin généraliste enseignant pendant un temps, assez intense, non seulement j'ai eu des stagiaires de tous les côtés, mais j'ai aussi fait des cours, et oui alors, c'est moi le plus vieux sur le canton du Lunévillois

145 **M2** : ce qui est rare ! vous avez de la chance, vous avez le plus jeune et le plus vieux !

- 155 **Cécile** : comme quoi pas besoin d'être nombreux pour être représentatif
- M1** : ça fait 36 ans que je suis installé
- 160 **Thomas** : d'accord, et donc vous êtes à la retraite à la fin de la semaine
- M1** : oui
- 165 **Thomas** : c'est beau
- M1** : oui
- 170 **M2** : moi quand même, dans mon secteur, il y avait Bata, donc depuis 16 ans, j'ai connu la déchéance de Bata, il n'y a plus grand monde qui travaille sur le site, c'est-à-dire que j'allais travailler jusque là-bas, en Moselle. Et beaucoup de gens, nous c'est donc un milieu agricole, et le milieu ouvrier travaillait tous chez Bata, beaucoup de gens de Blâmont ont travaillé chez Bata
- Thomas** : ok, donc ce que je vous propose maintenant c'est qu'on parte d'un exemple dernièrement ou qui vous a marqué, de situation dans laquelle vous ayez été en difficulté pour la prise en charge d'un patient.. alors difficulté au sens large..
- 180 (arrivée du 3e médecin)
- Cécile** : bonsoir
- 185 **M3** : désolé, j'ai fait ce que je pouvais..
- Thomas** : bonsoir
- 190 (présentations à nouveau 10'15")
- Thomas** : c'est parfait, je vais juste donc vous resituer rapidement notre réunion. C'est dans le cadre du travail de thèse de Cécile et Isabelle, que nous effectuons après une approche quantitative de la problématique de prise en charge des patients précaires par leur médecin traitant, une approche qui est maintenant qualitative avec un fonctionnement en focus groupes, c'est le terme dédié, qui sont donc organisés autour d'un animateur qui n'est pas du milieu médical, donc moi, je suis l'époux d'Isabelle, je suis ingénieur et je travaille à GDF, et donc soutenu par Cécile, qui est donc la caution médicale.
- 195 **Isabelle** : moi j'observe, j'assure la technique..
- 200 **Thomas** : mon rôle est donc d'orienter la réunion, ce qu'on essaye de faire, c'est vraiment de vous laisser échanger le plus librement possible autour de la thématique. Donc là, en fait, on était entrain de terminer le tour de table, donc ça tombe très bien que vous soyez là, vous allez pouvoir vous présenter et nous expliquer dans quel environnement vous travaillez.
- 205 **M3** : donc M3..., Gerbévillers, installé depuis 27 ans comme généraliste, avec une capacité de gériatrie en plus, médecin sapeur-pompier, et puis...
- 210 **Thomas** : médecin sapeur-pompier, ça consiste à faire encore plus d'astreinte qu'un médecin normal
- M3** : pas forcément, enfin si il y en a plus mais il n'y a pas beaucoup d'interventions, disons qu'on est appelé en plus pour les urgences
- 215 **Thomas** : d'accord, et ça c'est propre au milieu rural ?
- M3** : oui
- 220 **M1** : nous on l'a fait pendant 20 ans à Baccarat avec le bip, on faisait plus de 300 sorties par an, et puis on s'est fait jeter du.. tout d'un coup
- 225 **M2** : moi je l'ai fait pendant 10 ans et je me suis fait jeter en même temps
- 235 **M1** : oui, en Meurthe-et-Moselle, ils nous ont jeté avec un grand coup de pied dans le derrière sans nous dire merci, ça nous a beaucoup vexé
- Thomas** : j'imagine ! pour quelle raison ? je ne sais pas, je préjuge peut-être mais j'imagine que ce n'est pas l'appât du gain qui vous motive
- 240 **M3** : non pas du tout, alors là..
- M1** : vous savez, quand on parlait ici à Baccarat, donc on allait ramasser les gens sur la route, on était dans l'ambulance qui les emmenait à Lunéville, c'était 2h ou 2h30 chaque fois, donc quand vous avez 10 personnes en salle d'attente, quand vous rentrez, il n'y a plus personne, donc vous dites vous avez gagné à l'époque 40 francs "non imposables"!
- 245 **Thomas** : ah ça c'est important
- M1** : et bon c'était intéressant mais c'était du boulot, je ne sais pas, comment ça se fait qu'à Gerbé vous continuez ?
- 250 **M3** : parce qu'on a un chef de centre qui est aussi médecin et qui a demandé qu'on garde les bips..
- M1** : ah oui ? parce que nous alors là vraiment...
- 255 **M3** : du jour au lendemain, merci d'être venu, hop !
- 260 **M2** : nous on nous a reproché de ne pas aller sur Lunéville faire les..
- M3** : les transports des accidentés..
- 265 **M2** : non, non, pas aller sur Lunéville pour faire la visite des médecins sapeur-pompier volontaires les samedis après-midi, chose qu'on faisait à notre cabinet, mais il fallait.. puisqu'ils avaient un infirmier, qu'ils étaient informatisés, il fallait en plus qu'on aille les week-ends faire ça gentille.. enfin ça a été l'excuse.. On s'éloigne du sujet.
- 270 **Cécile** : non c'était pas du tout le sujet :) (13'58")
- 275 **Thomas** : donc là on ec était à l'étape où toujours en gardant à l'esprit l'objectif de recueillir vos difficultés de prise en charge des patients précaires, et des migrants précaires aussi, on essayait dans un premier temps de discuter autour des difficultés que vous avez eu dernièrement ou qui vous ont marqué à travers des exemples très concrets que vous allez nous donner, on va essayer de voir quelle est votre perception de ces difficultés. (à **M2**) je crois que vous alliez avoir un exemple pour nous ?
- 280 **M2** : ah non, non non, moi quand j'ai rempli le questionnaire je me suis dit "mais je n'en ai pas beaucoup", voilà alors j'ai bien réfléchi depuis. Les plus précaires sont à la CMU, pour moi la CMU ne me pose pas de problèmes, quand j'entends qu'il y a des médecins qui ne prennent pas les gens qui sont à la CMU, je ne vois pas pourquoi ils ne les prennent pas.. enfin dès l'instant qu'on est un médecin bien sûr du secteur 1 conventionné et qu'on fait les tarifs de la convention, on est payé directement par la caisse et tout ça donc ces gens-là peuvent consulter comme les autres même s'ils n'ont pas d'argent, donc de ce côté là, moi personnellement je n'ai aucun problème..
- 285 **Thomas** : donc c'est l'argent qui est le facteur ?
- 290 **M2** : de la précarité ?
- Thomas** : oui.
- 295 **M2** : ben je suppose, je vous dit moi je n'ai pas vraiment de gros souci. On aurait peut-être plus de souci avec des gens qui travaillent qui gagnent peut-être le SMIC ou donc qui sont moins aidés, et qui n'ont pas suffisamment d'argent pour aller faire des examens complémentaires, avancer l'argent, à mon avis j'aurais plus de problèmes comme ça. Des gens dont on va avoir l'impression qu'ils ne veulent pas se soigner et en fait si on creuse un peu c'est parce que ils ne peuvent pas, mais c'est pas les plus précaires en fait, c'est ça que je voulais dire..
- 300 **M2** : moi je l'ai fait pendant 10 ans et je me suis fait jeter en même temps
- 305 **M1** : nous on l'a fait pendant 20 ans à Baccarat avec le bip, on faisait plus de 300 sorties par an, et puis on s'est fait jeter du.. tout d'un coup
- 310 **M2** : moi je l'ai fait pendant 10 ans et je me suis fait jeter en même temps

- 315 *Cécile* : oui, en fait pour vous, ce sont les précaires, ce sont les gens pour lesquels il y a des difficultés..
- 320 *M2* : voilà, donc ces gens-là, ce sont plutôt des gens qui travaillent et qui ne sont pas à la CMU..
- 325 *Thomas* : et donc la difficulté associée, c'est la difficulté de prise en charge des soins ?
- 330 *M2* : voilà, parce que là, enfin ça dépend des cas, mais il faut souvent avancer un peu d'argent et pour eux c'est beaucoup
- 335 *M1* : dans ce que tu dis, sur la CMU je pense que le problème qu'on rencontre il est pas tellement financier parce qu'effectivement, nous les CMU, ils sont payés, sauf quand ils ne sont pas à jour ou au niveau de la sécu quand on nous escroque royalement, ne nous remboursant pas intégralement, mais bon ça c'est la sécu, mais les gens qui sont à la CMU, ils ont quand même un comportement particulier vis à vis des soins, vis à vis des médecins, quand ils téléphonent on sait que c'est une CMU, ils ont un comportement spécial qui traduit quand même qu'ils sont mal insérés dans la société du style... moi l'exemple que j'ai trouvé, c'est une dame comme ça qui m'a appelé me disant que c'était urgent, mais en fait elle avait un lumbago qui traînait depuis 3-4j, je suis arrivé chez elle, une dame de 35 ans, les volets fermés, lumière électrique, volets fermés, enfin c'est extraordinaire, c'est assez caractéristique des gens qui ont des problèmes comme ça, moi j'ai souvent été appelé chez des gens qui ont la lumière et les volets fermés, donc elle m'a demandé de faire la visite ce que j'ai fait, et une fois que j'ai eu fini, elle m'a demandé "est-ce que vous voulez bien aller à la pharmacie pour moi ?" je lui dis "vous avez votre fille là qui a 15 ans, elle peut pas aller à la pharmacie ?" " ben non, elle peut pas aller à la pharmacie, elle veut pas" donc des gens quand même complètement en dehors de la réalité.
- 340 *Thomas* : d'accord, donc là c'est une autre difficulté que...
- 345 *M1* : je pense que les difficultés de la CMU...
- 350 *Thomas* : qui n'est pas simplement liée à l'argent.
- 355 *M1* : ah non non , pour moi c'est un comportement social qui est inadapté
- 360 *M2* : mais ils ne posent pas vraiment de problèmes, c'est-à-dire que je suis entièrement d'accord, quand on est appelé la nuit ou les weekends, si on fait des statistiques, on a beaucoup plus de CMU
- 365 *M3* : moi pas du tout
- 370 *M2* : et a priori, mes confrères disent la même chose
- 375 *M3* : je dirai qu'il y a deux types de CMU moi. Des gens qui n'ont jamais réussi à quitter cette catégorie et puis des gens qui n'y étaient pas du tout avant et qui y rentrent parce qu'il y a une séparation par exemple. J'ai eu le cas aujourd'hui où c'est une dame qui est vraiment, le comportement il n'y a aucun souci, ce sont deux catégories complètement différentes, dans les deuxièmes, ce sont souvent des gens qui sont on va dire un petit peu plus cortiqués mais qui ont des ennuis passagers. Par contre les premiers, quand on veut expliquer quelque chose une ordonnance, qu'on veut qu'ils aillent chercher les médicaments par exemple, c'est vrai qu'ils aiment l'assistantat dans certains cas, leur expliquer l'ordonnance pour qu'ils arrivent à comprendre des fois, c'est quand même pas facile non parce qu'ils ne comprennent pas
- 380 *M2* : ils sont capables d'appeler la nuit, en urgence et puis quand on fait l'ordonnance, on nous dit "oh ben en fait, on pourra aller à la pharmacie demain" je pense qu'on les a rassurés aussi mais..
- 385 quand même, ça arrive peut-être moins souvent maintenant que ça passe par le 15 et tout ça, mais ça arrive encore
- 390 *M3* : non mais expliquer l'ordonnance, on ne se contente pas de leur dire "j'ai tout écrit, vous lisez", mais on a l'impression qu'ils sont à côté quoi
- 395 *M2* : et si selon moi ces gens-là arrivent à appeler plus facilement par le 15, c'est sûrement qu'ils sont en détresse autrement et qu'ils arrivent plus facilement que les autres à peut-être appuyer.. parce que je dis ils sont plus malins que les autres quelque part parce qu'ils arrivent peut-être des fois à berner le médecin régulateur, puisqu'on y va puis des fois on se dit "ben tiens pourquoi on va là" et puis d'autres fois ils auraient pu nous appeler..
- 400 *Thomas* : quelque part vous dites qu'on a du mal à leur expliquer les ordonnances, par contre ils arrivent quand même à biaiser le système ?
- 405 *M1* : oui.. (21'08) c'est tout à fait juste, ce sont des gens socialement défavorisés qui ont l'habitude quand même de naviguer dans les structures, les aides, et qui savent, alors là vraiment comment ça fonctionne.. par exemple, les gens comme ça, ce sont les seuls qui m'ont appelé en urgence en me menaçant de porter plainte si je ne venais pas immédiatement, parce que maintenant c'est moins comme ça, mais dans le temps, si le médecin était appelé en urgence le procureur se basait non pas sur l'urgence effective mais sur l'urgence ressentie, donc les gens disaient "j'ai appelé le médecin d'urgence, il n'est pas venu, "vous l'avez appelé pourquoi ?" "j'ai dit ci , j'ai dit ça" on disait "il aurait dû venir", ils étaient parfaitement au courant de cette affaire-là, mais après, ça c'est une espèce de compétence sociale, elle ne leur permet pas d'émerger de leur panel, mais.. à ce niveau -là ça va. Mais alors c'est vrai que quand il faut être compétent et savoir s'il faut prendre des antibiotiques, comment il faut les prendre, combien de temps, si le médecin dit qu'il faut faire la radio, il faut y aller, se déplacer, trouver un moyen de transport par ses propres moyens, ça c'est plus difficile " alors qui c'est qui va me payer le taxi ?" "et qui c'est qui va me payer la garde de mes enfants ?" etc, etc.
- 410 *M2* : donc ces gens qui sont obligatoirement à la CMU, qui ont un certain âge, qui sont pris pour certaines maladies à 100% en affection longue durée, et le jour où ils ont autre chose, ils pensent qu'ils vont avoir un bon de transport pour cette autre chose, pour aller voir tel spécialiste et c'est là qu'on voit qu'il y a des problèmes. Il y a eu encore le problème ce matin, la patiente me dit " oh ben je dois retourner voir le gastro-entérologue" " je lui dis "oui, il faut y aller mais vous n'avez pas droit au bon de transport" alors des gens qui ne sont pas à la CMU, qui sont âgés, qui ont des enfants mais qui travaillent, qui sont loin et qui peuvent pas, ils prennent le bus pour aller à Lunéville, mais prendre le bus pour aller à Lunéville, il faut aller de chez eux jusqu'au bus, du bus aller à Lunéville, après à Lnéville, bon maintenant il y a un bus qui fait le tour, puis revenir, il faut que ça soit dans les temps et tout ça, bon je ne parle pas quand c'est à Nancy.. S'il faut prendre le bus pour aller jusqu'à Lunéville et après le train, puisqu'il n'y a pas de train à Blâmont, puis de la gare au CHU, et puis redescendre, il y en a pour 2 jours, il faut prendre l'hôtel ! Donc ça c'est un problème au niveau rural pour ces gens-là, parce que soit il faut trouver un voisin qui veuille bien les amener et attendre, il faut payer l'essence du voisin, ou il faut avoir un enfant, mais la plupart des enfants sont partis, je pense que là, il y a un réel problème..
- 420 *Cécile* : la mobilité en fait..
- 425 *M2* : la mobilité oui.
- 430 *Thomas* : (à M1) et vous parliez également de ces comportements un peu difficiles, d'une personne qui "les volets fermés, lumière allumée", est-ce que ça a déjà été tel que justement ça vous aie posé des difficultés dans votre exercice ? enfin à vous ou aux autres ?
- 435 *M2* : alors moi je peux répondre parce que j'en ai soigné plusieurs des comme ça, mais c'était pas des gens précaires. Alors, tout dépend ce qu'on appelle.. c'est pour ça que je redemandais la définition de la précarité, si laprécarité c'est un problème d'argent, c'était pas des gens précaires. A la campagne, on voit des gens qui ont de l'argent sur leur compte, enfin on ne sait pas ce qu'ils ont vraiment mais on finit un jour par le savoir, par la famille, par les proches ; et ce sont des gens qui vivent plus que pauvrement, donc ils vivent de façon précaire. Mais c'est pas pour ça qu'ils ne pourraient pas vivre autrement, donc

- 470 ce sont des gens qui vivent avec les volets fermés, avec les lumières, une table ronde où vous ne pouvez rien mettre dessus mais je veux dire, ils ne se lavent jamais, voilà.. une paillasse, pas de télévision, ça j'ai connu.
- 475 **Thomas** : et alors, quelles difficultés ça vous a causé ?
- M2** : la difficulté de les soigner, la seule personne rentrant dans cette maison c'était moi, et un cousin, c'est tout. Les difficultés... : les examens complémentaires. Là on fait de la médecine de brousse chez la personne, elle veut bien prendre ses médicaments, ses ordonnances, mais on a que l'examen clinique.
- 480 **Thomas** : donc finalement, vous vous êtes adapté aux conditions qu'ils vous ont imposées.
- 485 **M2** : oui. (aux autres) on s'adapte souvent aux conditions qu'on nous impose, non ?
- Thomas** : vous avez d'autres exemples ?
- 490 **M1** : des exemples comme ça on en a tous, c'est pas rare. Je dirais que c'est à la limite de la psychiatrie quand même.
- 495 **M2** : oui
- M3** : on fait de la psychiatrie comme on peut en fait..
- M2** : c'est pour ça, je dis que ce sont des gens qui financièrement pourraient donc.. ils ont un problème, ça c'est sûr.
- 500 **M1** : on a récupéré un vieux monsieur de 90 ans ici, il avait été retrouvé par un petit cousin qui faisait de la généalogie, et ils avaient sympathisé, il nous a amené des photos, donc le gars il vivait dans sa ferme qu'il n'avait jamais retapée, il y avait une collection de seaux dans le grenier pour les gouttières, sur les photos c'était absolument extraordinaire, il y avait un boîtier électrique c'était une boîte de sardines Pichard, qui était collée sur les fils électriques enfin c'était absolument incroyable. Donc le vieux monsieur, il était pas trop bien, on l'a pris, il avait une grippe, on l'a retapé, on l'a soigné, et le gars nous a dit, il faudrait le garder le temps que je refasse sa maison, et je lui dit "mais il a 90 ans, vous allez refaire la maison ? mais comment vous allez faire ?" il me dit "mais il a ses sous il a plus d'un million sur son compte.."
- 505 **M3** : d'euros..?
- M1** : non de francs, mais voilà quelqu'un qui ne dépensait rien
- 510 **M3** : ils sont toute une génération, ils ont toujours économisé
- M1** : des vieux comme ça on en a une paire..
- 515 **M2** : et moi dans mon exemple, j'ai déjà eu des voisins qui ont essayé de faire quelque chose en disant "bon allez, hop, on va vous aider, on va refaire, on va vous acheter un frigo" enfin un petit table top ça suffisait, le frigo, il a servi au départ pour les chats, puis après il y avait ça de largeur de bouteilles devant la porte du frigo.. et cette personne-là elle a fini un jour par tomber malade où elle a été hospitalisée, et elle n'est pas revenue à la maison, depuis elle est dans une maison de retraite où elle est toute bien, donc elle a un problème psy je suis d'accord, mais les gens qui ne la connaissent qu'en EHPAD la trouvent très bien cette dame, parce qu'elle est très bien. Elle sortait, elle faisait des voyages avec les bus quand c'était un voyage d'une journée pour acheter des matelas, des trucs comme ça, donc elle n'achetait rien mais elle allait faire son voyage, je plaignais celui qui était à côté.
- 520 **M1** : alors tu parlais des transports, tu vois moi j'ai eu le même genre de patiente que toi, elle habitait Badmémil, c'est à 3km de Baccarat c'est un hameau, elle m'a dit "ça fait 3 ans que je ne suis pas allée à Baccarat, parce que c'est trop loin, elle avait 80 ans, alors je lui dis " ah oui c'est vrai" puis après je lui dis "mais vous êtes allée en Tunisie à Noël ? comment vous avez fait ?" " ah mais le bus m'a prise devant chez moi !"
- (rires)
- 525 **M2** : ben cette dame c'est pareil, le bus s'arrêtait devant chez elle !
- M1** : mais bon (à F), t'avais soulevé un deuxième problème qui était tout à fait justifié, ce sont les précaires inapparents où les gens te disent comme ça discrètement "je vous fais un chèque, vous voudrez bien le retirer que dans 15j"
- 530 **M3** : ah oui, ça on en voit
- M2** : ça on en voit oui
- 535 **Thomas** : et donc votre réponse, c'est de retirer le chèque 15 jours après ?
- M2** : oui, et ce sont des gens qui ne sont pas à la CMU ceux-là
- M3** : ah mais c'est souvent ça, c'est fréquent
- M2** : c'est souvent, c'est pour ça que je disais que les précaires, c'est pas les plus précaires financièrement..
- 540 (*incompréhensibles tous ensemble*) (29'57")
- Thomas** : moi je voulais vous poser la question, vous nous avez présenté la précarité sous l'angle de l'argent, (*aux autres*) est-ce que vous vous partagez ce point de vue ?
- 545 **M1** : "je l'ai présenté sous l'angle de..."
- M3** : c'est un type de précarité c'est sûr oui, précarité psychologique on en a vaguement parlé aussi
- 550 **Thomas** : oui, (à M2) oui c'est vrai que vous avez abordé plus que ça..
- M2** : précarité de localisation
- Thomas** : de localisation, à cause du problème de mobilité
- M2** : en ruralité oui.
- 555 **Thomas** : oui
- M1** : je rejoins ce qu'a dit F sur la CMU, les deux types de CMU, c'est tout à fait vrai, et le premier type, on a à la fois la précarité sociale, pour des gens qui ne sont pas compétents socialement, qui sont incapables de se fixer un travail, incapables de se fixer un budget, incapables de respecter un horaire, qui vivent à l'envers, prennent le jour pour la nuit, etc, et cette précarité-là est aggravée par une précarité financière, qui en découle
- 560 **Thomas** : bien sûr..
- M1** : mais je pense que la précarité financière n'est pas responsable de cet état de fait, c'est une conséquence. Et il y a des gens effectivement, alors t'as cité les femmes divorcées, ça c'est vrai.
- M3** : parce que j'ai eu l'exemple tout à l'heure
- 565 **M1** : mais c'est vrai qu'on en a vu un certain nombre tomber dans la misère comme ça
- M3** : une dame, que je voyais déjà avant et puis qui m'a dit un jour "je me suis séparée" et puis bon je lui passe sa carte vitale, je fais l'examen, l'ordonnance, j'arrive à la fin, pof : CMU, ah ? voilà quoi c'est tout..
- Thomas** : et quand il n'y a pas la CMU ?
- 570 **M3** : quand il n'y a pas la CMU ?
- Thomas** : oui.
- M3** : alors, j'en n'ai pas eu récemment, par contre j'ai eu il n'y a pas très longtemps une dame qui venait pour être assistante.. pour garder les enfants à domicile, et puis bon ça faisait plus de 20 ans qu'elle fume, elle n'avait jamais fait de radio des

- 630 poumons, je lui dis "compte tenu de ce que vous voulez faire, c'est peut-être le moment de vous en faire passer une " et puis elle me dit" oui, mais ça ne vaut peut-être pas le coup" je lui dis "mais si, c'est pas compliqué" " ah il me faut les papiers, vous pouvez me les signer tout de suite ?""je ne peux pas tant que je n'ai pas le résultat, vous me ramenez la radio demain, vous pouvez la faire cet après-midi, il n'y a pas de problème, ce sera fait" "non,non,non" elle commence à s'effondrer en larmes, je lui ai demandé ce qui se passait et puis en fait, elle n'avait pas d'argent, et elle me sort l'argent pour me payer ma consultation, je lui dis "
- 635 écoutez, vous remballiez ça, vous payerez votre radio avec et puis vous reviendrez me voir après, il sera toujours temps de payer un peu plus tard"
- 640 *Thomas* : donc vous avez fait un acte gratuit
- 645 *M3* : je lui ai fait momentanément gratuitement, sachant qu'après elle va faire son papier, elle aura tout ce qu'il lui faut, et puis, la fois suivante, quand je la revois, elle pourra payer sans problème
- 650 *Thomas* : d'accord
- 655 *M2* : ça m'arrive de faire des feuilles de soins et puis d'être payé quand la personne est remboursée, et puis ça va beaucoup plus vite depuis qu'il y a les cartes vitales
- 660 *M3* : oh oui, c'est 5 jours maximum
- 665 *M1* : et puis alors maintenant, on a la possibilité au moins de toucher la part obligatoire directement, les gens n'ont plus que 6 ou 7 euros à payer
- 670 *M2* : ça moi je le fais de plus en plus, déjà tous les gens qui sont en ALD, ils ne payent pas du tout, moi je ne m'occupe pas de ça, ce sont les secrétaires mais je sais comment ça se passe, c'est-à-dire je suis de plus en plus payé directement par la caisse que par les gens. Alors, tout le monde est content, pour l'instant la caisse me paye bien.. j'ai peur qu'un jour...!
- 675 *M1* : sauf le jour où t'auras un gros bug informatique !
- 680 *M2* : oui oui, mais bon, elles surveillent, elles vérifient que ça correspond bien, et pour l'instant ça va bien, donc on a trouvé ce système-là. Déjà tous les gens qui sont en ALD, j'ai quand même une clientèle de gens assez âgés, il y en a beaucoup qui sont en ALD, ils ne me payent pas et puis les autres, on leur fait payer les 6 euros qqchose-là. Et ben les gens sont très contents.
- 685 *Thomas* : et est-ce que vous vous êtes déjà trouvés dans une situation où il n'y avait pas la CMU, avec des gens qui n'étaient pas capables de payer, pas de sécu.. ?
- 690 *M3* : pas la sécu ?
- 695 *Thomas* : des migrants par exemple ou..?
- 700 *M3* : j'en ai eu un moi une fois, qui venait de je ne sais plus quel pays d'Afrique, qui à mon avis avait le sida..
- 705 *Thomas* : qu'est-ce que vous avez pu faire ?
- 710 *M3* : qu'est-ce que j'ai pu faire ? ahah, j'ai téléphoné à Brabois pour savoir s'ils pouvaient le prendre ou pas, et puis quand il a fait des problèmes de rectorragies importantes, il a fallu qu'il aille à l'hôpital donc.. (35'19") après je ne pouvais plus rien faire.. donc effectivement il avait un sida à un stade plus qu'avancé
- 715 *Cécile* : donc ça s'est fini aux urgences parce que..
- 720 *M3* : oui ben moi tout ce que j'ai fait était gratuit et puis c'est tout.. mais autrement des migrants..? j'en n'ai jamais..
- 725 *M1* : c'est vrai qu'ici quand on entend parler de certains endroits, ici on est relativement favorisé, on n'a pas des situations... de temps en temps on a des gens qui n'ont pas d'argent ou qui n'ont pas la sécu, mais ce qu'on appelle le quart monde, je ne connais pas, c'est une réalité que je n'aborde pas du tout
- 730 *M2* : les seuls migrats que j'ai pu voir, qui à l'époque venaient au camping de Blâmont par exemple sans payer, généralement ils avaient.. alors ça s'appelait pas...
- 735 *M1* : l'AMG, l'aide médicale gratuite
- 740 *M2* : voilà, l'aide médicale gratuite où on n'était pas toujours bien payé, des fois, les feuilles étaient.. mais bon.. mais ils avaient quelque chose, sinon moi je n'ai pas eu non plus de sans-papiers ou de gens comme ça.
- 745 *M1* : des gens qui arrivent sans rien de rien, franchement ici, on en n'a pas. C'est vrai quand les gens nous annoncent qu'ils n'ont pas un rond, on ne fait pas payer..
- 750 *M2* : voilà
- 755 *M1* : mais il faut quand même bien se dire que ce n'est pas si facile que ça de manier la gratuité et que quand on fait cadeau d'une fois, les gens savent qu'on fait cadeau et que ce n'est pas naturel, donc quelque part c'est vécu comme.. souvent ils ne reviennent pas facilement, enfin ce n'est pas si facile que ça
- 760 *M2* : oui, et puis il y en a qui ne payent pas et puis chez eux ils ont le dernier écran plat grand modèle machin..
- 765 *M3* : oui mais ça, c'est pas la même mentalité
- 770 *M2* : oui
- 775 *M3* : ceux-là ils ne disent qu'après, alors que les autres, ils le disent avant
- 780 *M1* : oui c'est ça
- 785 *M2* : oui mais pour moi ce n'est pas de la précarité
- 790 *M1* : non
- 795 *M2* : c'est pour ça que je n'en n'avais pas parlé
- 800 *M3* : ceux-là ils ne préviennent qu'après... "ça ne vous gêne pas si je ne vous paye pas aujourd'hui ?"
- 805 *M2* : exact
- 810 *M3* : c'est la même phrase, ce sont les gens que ça gêne qui sont vraiment précaires
- 815 *M2* : voilà
- 820 *M1* : moi j'avais par exemple une dame qui n'avait pas beaucoup d'argent, qui est venue me voir et qui n'avait pas d'argent pour payer même les 6 euros, et pas de chance pour elle, j'ai vu sa fille qui passait avant, à qui j'avais remonté copieusement les bretelles parce qu'elle fumait, et je la connais et donc c'est l'avantage du médecin de famille, j'allais dire à la dame "vous ne payez pas les 6 euros" mais je lui dis "mais, qui c'est qui paye les cigarettes à Nadège ?" "c'est moi" Donc elle paye un paquet de cigarettes par jour à sa fille. Je lui dis "ben vous me donnez les 6 euros et vous ne payez pas de cigarettes à Nadège demain"
- 825 *Thomas* : donc on parle bien de votre façon de répondre aux gens qui ne payent pas. Soit en faisant des actes gratuits et pour ne pas vous laisser trop envahir, vous avez vous la chance entre guillemets d'être un médecin de famille qui connaît, je suppose que ce n'est pas la majorité... est-ce que vous vous êtes déjà retrouvés dans une situation où vous avez vraiment eu l'impression d'aller trop loin, que c'était pas normal ?
- 830 *M1* : alors, franchement, il y a des coups où..
- 835 *Thomas* : la sensation de vous faire avoir..?
- 840 *M1* : de me faire avoir ? oui oui bien sûr!
- 845 *M3* : de se faire avoir, oui, absolument,
- 850 *M1* : bien sûr mais bon on se fait avoir une fois, l'avantage ici c'est que les gens sont relativement stables. Alors on a tous dans

- nos clientèles les dix personnes qui quand on prend les impayés, il y a cinq ou dix noms qui font 90% des impayés, ce sont toujours les mêmes..
- 790 **Thomas** : et comment vous y faites face ?
- M2** : moi déjà, ceux-là, ceux qu'on connaît, je ne leur fais pas de feuille ou de carte vitale, parce que sinon je paye les impôts dessus, donc je leur dis que je leur ferai la feuille ou la carte vitale quand ils viendront me payer. Certains reviennent et puis certains ne reviennent pas. Mais là où on se fait le plus avoir, peut-être moins maintenant, mais là où on s'est fait le plus avoir, c'est lors des gardes, car on est appelé par des gens qu'on ne connaît pas obligatoirement, c'est vrai que nous on a tous nos clients...
- 800 **M1** : mais sur les gardes, moi je dirais que c'est pas vraiment de la précarité, ce sont les gens qui n'ont pas la culture qu'il faut payer le médecin, ça les embête, ils trouvent que c'est cher, qu'on les fait payer cher, pour finalement une prestation qui est normale
- 805 **Thomas** : finalement c'est plus un problème social
- 810 **M1** : oui oui, et de mentalité, quand on va chez les gens, manifestement ils ne sont pas dans la misère.. ils ne sont pas riches, mais ils ne sont pas dans la misère, mais payer le médecin c'est.... on est de garde et on est à leur service, ils ne voient pas pourquoi ils nous payeraient et en plus comme ils savent qu'on est de garde et qu'ils nous verront une fois et puis probablement plus jamais
- 815 **Thomas** : oui, il n'y a pas d'attachement, pas de contrainte
- 820 **M1** : ça leur pose pas de problème. Là je pense qu'on n'est pas confronté à la précarité
- Thomas** : je vais vous donner la définition de la précarité. Mais juste parce que finalement vous en avez abordé les différents aspects, sauf peut-être un peu.. vous avez parlé de l'aspect psy, vous avez parlé du sida, est-ce qu'il y a eu d'autres cas, des cas où les patients ont été malades au point que ça influe sur leur difficultés, et puis sur vos difficultés à vous pour les prendre en charge
- 830 **M3** : les gens seuls oui. Des gens qu'on est obligé d'hospitaliser parce qu'on ne peut pas se débrouiller tout seul avec, il n'y a personne, il n'y a pas d'aide
- 835 **Thomas** : et puis pas forcément pour des raisons sociales, seuls et incapables de.. qui ne sont plus autosuffisants ?
- M3** : je sais pas.. quelqu'un qui a 80 ou 85 ans, qui est tout seul à la maison, qui se retrouve avec une pneumonie, 40 de fièvre au lit, des courbatures, plus moyen de se lever pour aller boire ou préparer à manger ou quoique ce soit, c'est déjà assez précaire quand même
- 840 **M1** : c'est quand même vrai que la précarité, moi j'ai l'impression que je la rencontre plus chez les vieux d'une certaine manière. Par exemple, j'ai un certain nombre de patients âgés qui n'ont pas de mutuelle, qui ne payent plus la mutuelle parce que ça devient cher, donc quand il y a des frais à faire, ça freine, faut faire les radios, faut faire des choses, on est freiné sur les prescriptions, enfin..
- 850 **M2** : j'en n'ai pas beaucoup comme ça par contre, je pense qu'on fait pareil, c'est-à-dire qu'on a quand même des structures comme le SIAD par exemple, ou service infirmier à domicile, ce sont des aides-soignantes qui passent donc des gens, on va dire, précaires au niveau santé, au niveau handicap, c'est pas toujours facile quand il n'y a pas de famille du tout, ou personne autour pour s'en occuper puisqu'il n'y a pas de monde en permanence à la maison, et on peut faire venir des gens pour leur toilette pour les habiller, pour les recoucher pour tout ça, donc on a quand même une structure nous qui, je trouve, ne marche pas si mal. Et quand ça ne suffit pas, on a nos hôpitaux locaux, j'ai oublié de vous dire que je travaille aussi à l'hôpital local, donc grâce à l'hôpital, moi ça m'apporte beaucoup, j'essaye de garder les gens
- 865 le plus possible à la maison, et puis quand je ne peux plus et que ça ne demande pas un plateau technique important, je peux les prendre plus facilement à l'hôpital ou c'est moi-même qui les prends, il suffit d'avoir de la place. Donc ça aide bien je trouve.
- 870 **Thomas** : vous me faites une transition top, parce que.. en fait je vais vous donner la définition officielle de l'état français de la précarité, et puis après on va se concentrer...
- Isa** : c'est pas forcément l'état français c'est..
- 875 **Cécile** : c'est plus une définition sociale ..
- Thomas** : mais c'est juste parce que vous avez soulevé la question, donc c'est plus pour satisfaire votre curiosité. Donc selon l'état français c'est "l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes de jouir de leurs droits fondamentaux (logement, travail, santé, éducation) " et vous avez effectivement parlé du problème d'argent, du problème plus social et puis même du problème de maladie et vous avez souligné que c'étaient des phénomènes qui étaient interconnectés et qui font qu'une personne, parce qu'elle divorce peut se retrouver démunie..
- 880 **M3** : c'est l'éducation aussi
- 890 **M1** : l'éducation oui, c'est vrai que..
- Thomas** : l'éducation dans l'aspect social que vous avez abordé
- 895 **M1** : les jeunes qui n'ont pas un bon niveau, qui ont quitté l'école de bonne heure
- M3** : sans bagages, sans rien
- 900 **M1** : voilà, eux ils sont dans un état précaire, bon ils sont actuellement pas trop précaires, parce les parents assurent derrière
- M3** : des fois non. J'ai été appelé une fois.. enfin "une fois".. j'ai vu un p'tiot, bon il avait une bronchite ou une infection respiratoire, c'était pas quelque chose d'extraordinaire, au moment de payer le père me dit "j'ai pas de quoi payer, je vous paye la prochaine fois" sachant que ce n'était pas un de mes patients, il n'était pas sur place.. bon admettons et puis bon il ne m'a jamais payé, il est revenu après parce qu'il y avait l'autre qui était malade, même chanson, puis il est revenu une troisième fois pour lui, et toujours l'ardoise, et puis une quatrième fois j'ai été appelé en urgence parce qu'il venait de tomber et qu'il n'arrivait plus bien à respirer, je suis arrivé il était assis avec un copain avec une bière, la cigarette, entrain de manger son munster et puis c'est tout juste s'il ne me demandait pas pourquoi je venais !
- M1** : le munster t'es monté au nez là..
- 920 **M3** : ah ben le gars qui suffoque parce qu'il peut pas respirer et qui est entrain de fumer, là c'est plus ça qui me..
- M2** : moi j'en ai eu un, il fumait d'un côté, il avait la ventoline de l'autre, et il est mort comme ça
- M3** : disons que là il m'a dit que pour que je me fasse payer, il fallait que je fasse des faux pour les dates et tout ça, parce que ça faisait quasiment un an qu'il n'avait plus de sécu. Bien sûr j'ai refusé.
- 930 **Thomas** : vous avez refusé d'accord
- Cécile** : et vous avez su après que... d'accord, mais il avait un problème du coup de couverture sociale
- 935 **M3** : oui, mais en fait, c'est un gars qui faisait des vols partout, des trafics divers, et puis depuis, il est mort il n'y a pas très longtemps, il s'est pendu, ce que j'ai appris par .. enfin pas qu'il s'est pendu, j'ai appris qu'il était mort par le gamin. Je l'ai appris par les pompiers après
- Cécile** : donc il y avait sûrement des...
- 940

- 945 **M3** : il avait des gros problèmes
- Cécile** : des gros problèmes derrière..
- 950 **M2** : si vous voulez je peux vous parler d'un cas précaire que j'ai eu dernièrement. C'est une patiente que je suis depuis très longtemps, qui vit seule, elle est déjà âgée et veuve, et elle vit de façon précaire, elle a une chambre, et elle ne veut personne à la maison, pour faire son ménage.. mais il y a quand même l'infirmière qui passe. Alors déjà il y a quelques années, elle a fait une appendicite qui se serait très bien passée mais malheureusement son médecin traitant, en l'occurrence était en vacances à ce moment-là. Donc elle s'est dit "je vais attendre qu'il rentre de vacances" et bien sûr elle n'a pas eu le temps d'attendre, ça s'est très mal passé, elle a fait une péritonite, elle a été hospitalisée, depuis elle a une poche de stomie. Ils n'ont pas pu refaire la continuité. Et elle vit avec sa poche de stomie, donc j'ai pu depuis cette période-là, il y a l'infirmière qui vient lui changer ses poches, donc au moins il y avait quelqu'un qui venait tous les jours, minimum une fois par jour à la maison. Elle est devenue diabétique, je l'avais traitée pour ce diabète, j'en ai profité pour que l'infirmière puisse faire des dextros, mais, elle est sur la Moselle, pas moyen de l'envoyer sur Sarrebourg pour faire un bon bilan, pas de cardio, pas d'ophtalmo, les reins n'en parlons pas et tout ça, et donc le diabète je savais très bien qu'il était mal équilibré, mais aussi c'est une dame, il faut qu'elle fasse son feu, avec le bois qu'on lui amène, avec une poche de stomie, une éviscération bien entendu, et donc il y a son bois, et la seule façon pour elle de manger, c'est de descendre devant chez elle, et il y a plusieurs marchands ambulants qui passent de temps en temps, donc son alimentation est toujours la même, et c'est pas un régime diabétique, donc j'ai augmenté les traitements, on a essayé de.. mais on n'y est pas arrivé et il y a quelque mois elle a fait donc un coma.. acide lactique, voilà. Donc elle a été hospitalisée à Sarrebourg, puisqu'elle était tombée, elle avait passé toute la nuit à la maison. Je lui avais proposé bien avant, mais elle avait tout refusé, une personne que je pensais sûrement pauvre, son mari était agriculteur et tout ça. Donc elle se fait hospitalisée chez Franquet à Sarrebourg, elle n'a pas d'enfants, et donc la famille proche vient me voir en me disant : " oh la la comment elle va rentrer ?? " attendez, je vais appeler Sarrebourg, je vais savoir, Franquet que je connais très bien "oh ben la mamie, elle va tout bien, elle a récupéré ça y est ! donc sur le coup quand on l'a récupérée, elle était dans le coma on a cru que c'était la fin, mais non, ça y est elle est repartie, elle rentre en fin de semaine, je la garde encore parce que j'ai encore qq prélèvements d'ERV parce qu'on a une chambre d'à côté qui voilà.. et vendredi.." donc c'était le vendredi du week end de la Pentecôte "vendredi, elle rentre, il n'y a pas de problèmes" je dis à la famille "écoutez, le médecin hospitalier a dit il n'y a pas de problème moi, je ne peux pas aller contre, je n'ai pas été la voir donc..." Donc elle est rentrée, parce qu'elle demandait à rentrer et tout ça, et dans la nuit du lundi au mardi, elle est tombée, et ils ont été la ramasser le lendemain, et donc je l'ai hospitalisée en médecine à Blâmont, le lendemain ! voilà. et donc après "qu'est-ce qu'on va en faire ?" mon hospitalisation était très bien, (50'47") c'est presque social, mais on se tait. C'est là que je me suis aperçu qu'en fait elle a plein d'argent, elle pourrait rester à la maison de retraite par exemple, elle a suffisamment, elle a des terrains, qu'elle loue et tout ça, c'est comme ça que je viens de savoir en fait que financièrement tout va bien, mais elle fait gaffe, un sous est un sous. Donc là cette semaine, elle est rentrée chez elle, ils l'ont gardé 15j en médecine.
- Thomas** : justement, ce que je vois, là c'est que...
- 1010 **M2** : mais en médecine, il ne fallait pas payer
- Cécile** : et finalement, les difficultés que vous rencontrez avec elle, même si au fond, elle n'a pas de problème d'argent sur son compte, ce sont les mêmes que celles que vous pouvez rencontrer avec des gens qui sont à un niveau de précarité financière...
- M2** : que je rencontre moins parce qu'ils ont la CMU, c'est ça que je voulais bien vous faire...
- 1020 **Thomas** : et donc vous avez cette patiente, vous savez que son état se dégrade, donc ça va se dégrader cycliquement, elle va faire des séjours réguliers à l'hôpital et finalement la seule façon que vous avez de lui venir en aide (51'49"), c'est de traiter ses difficultés quand elles surviennent....
- 1025
- 1030 **M2** : alors, il y a plusieurs façons.. ce qu'on ne peut pas faire, c'est l'hospitaliser contre son gré puisque ce sont des capables majeurs, on a tous régulièrement ce problème-là, donc ce sont des gens, ils sont chez eux, ils font ce qu'ils veulent. Donc notre seule façon, c'est le pouvoir de dissuasion..
- M3** : ou de persuasion
- 1035 **M2** : de persuasion, voilà merci. On est d'accord je pense ?
- M3** : ah oui, tout à fait ! ça, pas de problème !
- M2** : c'est notre pouvoir de persuasion et il faut y arriver ! il faut réussir !
- M3** : donc la solution, c'est l'hospitalisation ?
- 1040 **M2** : non pas obligatoirement non, ou d'aller voir un spécialiste si on si prend à l'avance. La plupart des gens qui ont peur d'aller à l'hôpital, ce sont ceux-là qui y vont, puisqu'ils ne consultent pas avant. Si on consulte avant, on va voir des spécialistes et la plupart du temps ça se passe beaucoup mieux ,avant que quand ça devient dramatique où il faut hospitaliser.
- Thomas** : et pour cette dame, aller voir un spécialiste..?
- 1045 **M2** : ben il fallait qu'elle prenne le taxi ou qu'elle trouve quelqu'un pour l'amener, mais personne n'était là pour l'amener.. et puis elle ne veut déranger personne . Qu'est-ce qu'on, peut faire contre une personne qui ne veut pas se soigner ? Il y a quand même quelque part un problème de précarité, pas financière, mais un problème de précarité. Alors là, je lui ai fait un deal, par exemple parce qu'elle était toute contente, ça allait de nouveau mieux et tout ça, je lui dis " alors maintenant l'infirmière va passer pour faire les toilettes " bon elle la connaît alors c'est bien "les toilettes, les injections " puisque maintenant elle est sous insuline, pour sa poche, voilà, l'infirmière n'est pas très contente puisque... alors c'est en Moselle, il n'y a pas de SIAD..
- M3** : il n'y a pas de SIAD en Moselle ?
- M2** : ben, il n'y a pas de SIAD dans notre région de Moselle, il y a un SIAD, mais il est très loin, donc ça ne les arrange pas de venir jusqu'à la frontière meurthe-et-mosellane
- M1** : le SIAD, ça apporte un professionnel qu'on ne trouve pas en ville qui est l'aide-soignante et qui permet de faire des toilettes notamment et des soins au lit..
- 1050 **Thomas** : de ce que je comprend, les problèmes de la dame ne sont pas simplement d'origine médicale, et vous l'avez souligné, vous avez dit que l'aide à domicile, ça faisait du lien social, est-ce que les seules structures auxquelles vous pouvez faire appel sont les hôpitaux et le SIAD ?
- M2** : alors moi j'en ai profité quand elle était hospitalisée à Blâmont pour faire appel à l'assistante sociale
- 1055 **Thomas** : d'accord
- M2** : donc j'ai eu au téléphone l'assistante sociale de... enfin c'est pareil, c'est normalement plus notre travail, mais bon on le fait quand même, donc j'ai..
- 1060 **Thomas** : excusez-moi, ce n'est plus votre travail parce que ça devrait être..?
- 1065 **M2** : ben nous on est des médecins, on est là pour soigner les gens, on n'est pas là pour appeler l'assistante... normalement, on le fait, donc l'assistante sociale m'a rappelé en me disant "bon qu'est-ce qui se passe ?" "ben je dis voilà.." donc elle a dit "il y a deux façons de faire : il faut faire d'abord une demande d'APA, ça met 2-3 mois, et est-ce qu'elle aura droit à l'APA ? l'APA Aide pour la Personne Agée, est-ce qu'elle y aura droit, c'est en fonction des problèmes de santé, or si le diabète est bien
- 1070
- 1075
- 1080
- 1085
- 1090
- 1095
- 1100

équilibré, sa poche de stomie.. ben à côté de ça elle marche.

1105 **Thomas** : oui, ok

M2 : donc je ne suis pas sûr qu'elle aura droit à l'APA, donc j'ai tout de suite fait le dossier APA, enfin ma partie médicale, ou alors il faut demander.. (à **M1**) comment ?

1110 **M1** : avec une stomie et un diabète elle a ses chances quand même..

M2 : tout à fait, oui, enfin on verra bien, on va le savoir...

1115 **M1** : mais bon tu signales bien.. quand tu dis "c'est pas notre travail", je suis d'accord avec toi, c'est pas médical, mais le médecin généraliste, il est au centre d'un réseau qu'on a constitué au fil des ans et dans le secteur où on est, on connaît les interlocuteurs, et souvent quand on a des cas comme ça, on sait à qui on passe un coup de fil en disant "faudrait bien aller voir Mme Machin", moi j'envoie le SIAD assez facilement, les infirmières coordinatrices du SIAD justement vont sur place et me rappellent en disant "oui là on peut prendre ça, mais là franchement on ne peut pas, c'est pas pour nous, il faut faire autre chose.."

1120 **M1** : moi j'envoie le SIAD assez facilement, les infirmières coordinatrices du SIAD justement vont sur place et me rappellent en disant "oui là on peut prendre ça, mais là franchement on ne peut pas, c'est pas pour nous, il faut faire autre chose.."

1125 **Thomas** : et elles vous disent vers qui..?

Thomas : et elles vous disent vers qui..?

1130 **M1** : oui oui, elles aussi ont leur réseau et sont capables de dire "là il faut qu'elle rentre en institution, on ne pourra pas s'en sortir autrement..ou alors il faudrait demander l'APA, il faudrait faire ci, faudrait faire ça.."

1135 **M2** : oui, mais on fait pas comme on veut quand même puisque ça bien sûr je le fais..

M1 : tout à fait

1140 **M2** : le SIAD je l'utilise aussi, mais si la personne..

M1 : du côté des assistantes sociales moi je connais celles de l'hôpital, celles de la ville, je ne les connais pas

1145 **Thomas** : d'accord, donc quand même toujours en lien avec l'hôpital..

M3 : le SIAD, nous on n'a jamais de place, c'est pas compliqué

1150 **M1** : celles de la ville, une fois... (*incompréhensible*) (57'06")

M2 : je connais bien.. le SIAD, il peut faire quelque chose en effet, comme l'assistante sociale, si la personne est d'accord pour accepter qu'elle vienne chez elle

1155 **Thomas** : l'assistante sociale ne vous..

M2 : c'est-à-dire là par exemple dans ce cas-là, c'est pour ça que je vous ai pris ce cas-là parce qu'on voit bien tous les problèmes, et dans ce cas-là, j'ai réussi à mettre une assistante sociale sur le coup parce qu'elle était hospitalisée, elle n'était pas chez elle, chez elle, je n'ai jamais réussi

1165 **Thomas** : donc j'ai l'impression de ce que vous me dites, les services, les structures qui vous soutiennent sont déjà les structures qui découlent de votre propre connaissance de votre entourage, les gens qui sont là pour vous aider, ce ne sont pas forcément des gens qui viennent vers vous ou qu'on vous a présenté quand vous vous êtes installés..

1170 **M1** : vous parlez de quoi là ?

M2 : alors ce sont des structures.. là comme le SIAD

Thomas : des structures qui vous viennent en aide..

1175 **M1** : d'accord

Cécile : ce sont des relais auxquels vous pouvez avoir...

1180 **M2** : il faut savoir, ce sont des structures qui existent chez nous,

mais qui existent grâce à un réseau associatif, c'est-à-dire que le SIAD fait partie de l'ADMR, Aide à Domicile en Milieu Rural, donc ce sont des femmes de ménage qui viennent chez les gens et ils payent plus ou moins cher en fonction de leurs revenus, ou de leurs biens

M1 : tu confonds là, le SIAD, ce sont les soins

1185 **M2** : oui oui, je parle de l'ADMR, mais le SIAD fait partie de l'ADMR

Thomas : c'est la branche soins de l'ADMR alors ?

M1 : oui

1195 **M2** : c'est la branche soins de l'ADMR, mais tout ça n'existerait pas s'il n'y avait pas ce réseau associatif

M1 : l'ADMR, c'est une association particulièrement active dans notre secteur qui gère les repas, la téléalarme, le SIAD, les auxiliaires de vie..

Thomas : c'est lié à Baccarat ou c'est quelque chose..

M2 : ah non non

M3 : chaque canton a...

Thomas : chaque canton

1205 **M2** : il y a des ADMR à

Thomas : mais plutôt en milieu rural alors ?

M2 : il y a d'autres choses, il y a l'ANAPA, l'ADAPA(?)...

1215 **M1** : dans beaucoup d'endroits les SIAD sont dépendants des pouvoirs locaux..

M2 : il y a d'autres choses, mais ça s'appelle autrement

Thomas : d'accord

Cécile : et vous, vous êtes amenés parfois à rentrer directement en contact avec l'ADMR ou..?

M2 : tout le temps

1225 **M3** : ah oui oui, quand on a quelqu'un qui relève éventuellement de, on téléphone

1230 **M2** : tout le temps, j'ai fait exprès de dire que c'était pas notre boulot, mais on le fait en permanence

Cécile : d'accord

Thomas : (*aux autres*) vous le faites aussi ?

M3 : oui

1240 **Thomas** : et de la même façon, que ce soit l'ADMR, le SIAD ou les assistantes sociales, vous avez les réponses à vos besoins ? ça se passe comme vous le voulez..?

M3 : les assistantes sociales, c'est plus dur en général.

M1 : hmm. (*acquiesce*)

Thomas : pourquoi ?

1245 **M3** : je ne sais pas ce qu'en disent mes confrères ..?

M2 : je ne voudrais pas être assistante sociale

1255 **M1** : moi je ne peux pas répondre comme je n'ai jamais de contact avec les assistantes sociales

M3 : ah non non, c'est pas facile

Thomas : vous n'avez pas de contact, parce que vous n'arrivez

- 1260 pas à les joindre ou..? 1340 les familles
M1 : en ville, je considère qu'elles ne s'occupent pas des... enfin moi je n'ai pas trouvé qu'elles s'intéressaient beaucoup à ce genre de problème, elles s'intéressent plutôt aux jeunes en difficulté, mais bon...
- 1265 *M2* : moi, je pense qu'elles ne peuvent pas faire grand chose 1345 *M3* : les familles, c'est pareil, ça leur prend pas mal de temps aussi ça
Thomas : et vous avez toujours pu trouver une solution par le biais du SSIAD et de l'ADMR ?
- 1270 *Thomas* : vous dites "ce genre de problème" ? vous parlez des personnes âgées ? (1.00'10") 1350 *M1* : les solutions dont on parle sont quand même médicales, ce sont des solutions de soins, donc oui on en trouve toujours, le système français est fait de telle manière que globalement, si on veut les gens sont pris en charge, si on envoie les gens à l'hôpital, ils seront quand même pris en charge. L'hôpital public a une mission de service public qui l'oblige à prendre les gens en difficulté. Donc ce truc-là existe et c'est vrai que ça fonctionne. Bon, on commence à voir les méfaits de la T2A qui arrivent, je pense que dans les années qui vont venir, ça va quand même poser des problèmes, mais nos réponses ne sont pas des réponses sociales. Les gens qui sont en difficulté sociale, ça on ne répond pas nous, on ne sait pas faire.
- 1275 *M1* : je parle des problèmes, plutôt des personnes âgées oui.. 1355 *Cécile* : ben par le SIAD et le...
M1 : par le SIAD, l'ADAPA, bon les personnes âgées, il y a quand même maintenant le conseil général, et beaucoup de choses qui sont en place
- 1280 *M2* : l'ADAPA, c'est le conseil général ? 1360 *M2* : on est médecin, c'est bien ce que je disais.
Cécile : ah oui
- 1285 *M1* : je crois bien 1365 *Thomas* : d'accord, vous ne savez pas faire et vous ne savez pas vers qui renvoyer la balle en fait.
M3 : c'est un peu le problème
- 1290 *M3* : disons que j'ai l'impression qu'elles sont dépassées par la situation. Nous, quand on leur demande, elles n'ont jamais trop de solutions à nous proposer. 1370 *M1* : ben il faut renvoyer sur un travailleur social c'est clair
Thomas : sur un travailleur social, mais les assistantes sociales ont d'autres priorités..
- 1295 *Thomas* : elles sont disponibles déjà ? 1375 *M3* : (*incompréhensible*) (1.04'04") ou le Secours Catholique ou quoi, ça dépend du problème..
Thomas : vous travaillez avec le Secours Catholique ?
- 1300 *M2* : moi je les ai longtemps critiquées aussi, mais je pense qu'en fait.. 1380 *M3* : ça m'arrive oui
Cécile : oui vous avez un peu un réseau de correspondants à qui vous pouvez...
- 1305 *M3* : je crois que c'est le système (1.01'05) 1385 *M3* : oui dans le village on connaît les gens
Cécile : oui
- 1310 *M2* : oui, c'est le système.. 1390 *M3* : je suis installé à G., on est environ 1400 habitants, on arrive à peu près à connaître les associations
Cécile : oui par l'expérience
- 1315 *Thomas* : et le système comme vous dites, est-ce qu'il y a quelque chose qui vous permet d'en avoir une image plus.. ? finalement, la connaissance que vous avez du métier d'assistante sociale, ce sont juste les contacts que vous avez avec elles ? 1395 *M3* : l'expérience et puis bon, on va dire tous les ans, il y a les vœux du maire avec récapitulation de tout ce qui se fait, toutes les associations, il y a un papier qui est donné à tous les nouveaux habitants, on peut l'avoir aussi, on arrive à savoir
Cécile : oui, il y a de la communication au sein de la commune donc..
- 1320 *M2* : si vous voulez, normalement, le système ça devrait être l'état, donc par exemple l'APA, c'est l'état, c'est le conseil général, c'est pour ça que je vous signalais que le SSIAD, comme l'ADMR, c'est financé par la sécu quand même, mais au départ, ça ne se serait pas créé s'il n'y avait pas un groupe de bénévoles qui décide de monter un truc comme ça, et donc il n'y en a pas partout. 1400 *M3* : oui oui tout à fait
M2 : et ce sont des gens qui se sont quand même décarcassés pour faire ces associations, que ce soit l'une ou l'autre
M3 : oui oui
- 1325 *M1* : mais pour reprendre votre question sur les assistantes sociales, en fait, l'impression que j'ai eue moi, que j'ai mal vécue d'ailleurs, c'est qu'elles ont leur travail qui est organisé, et elles ont déjà pas mal de travail, et vous vous arrivez comme un cheveu sur la soupe en leur proposant quelque chose, en leur disant "voilà, moi j'ai trouvé ça, c'est à vous de le prendre en charge", elles répondent "moi j'ai déjà largement de quoi faire, je ne peux pas"... alors formulé plus ou moins politiquement mais... 1410 *Cécile* : oui, qui ont su identifier des besoins..
M3 : ce sont des bénévoles qui prennent sur leur temps libre
- 1330 *Thomas* : d'accord, une impression de déranger en fait.. 1415 *M2* : parce qu'avant il n'y avait rien, c'est quand même beaucoup mieux maintenant, on peut encore mieux faire, mais c'est beaucoup mieux
Thomas : vous dites que ce sont des problèmes sociaux, mais vous les vivez, et vous les subissez aussi, puisque vous en venez
- 1335 *Cécile* : qu'elles n'ont pas le temps, qu'elles n'ont pas de créneaux en plus pour votre demande... 1415 *M1* : voilà, elles ont déjà leurs priorités, les jeunes en difficultés,

à faire des actes gratuits ou à passer du temps avec les gens..

- 1420 *M3* : ça arrive
Cécile : ou à ne pas pouvoir expliquer les ordonnances, ou est-ce qu'il y a d'autres..?
- 1425 *Thomas* : donc finalement, vous avez besoin de structure qui vous aide à gérer plus efficacement ces problèmes-là ?
M2 : en tous cas, s'il n'y avait pas celles-ci, je serais bien embêté
- 1430 *M3* : est-ce qu'il en faut d'autres ?
M2 : est-ce qu'il en faut d'autres ? au niveau social sûrement oui, là il manque quelque chose..
- 1435 *Thomas* : qui serait ?
M2 : c'est lié aux politiques..
- 1440 *Thomas* : non, sans parler de la politique.. si vous aviez un besoin, je ne sais pas, pour vous aider à être plus rapide...(1.06'27")
M2 : alors un besoin je pense d'assistante sociale qui puisse agir plus rapidement
- 1445 *Thomas* : dédiée..
M2 : quand il faut faire un dossier d'APA, il y en a pour 3 mois
- 1450 *M1* : c'est-à-dire qu'on aurait besoin d'un travailleur social capable de faire une synthèse dans ce genre de situation. On se débrouille encore pas trop mal sur les histoires de santé, ça on y arrive, on a l'habitude, c'est notre métier, donc on sait faire, mais un bilan social, on a des idées générales, on sait que l'APA...
M2 : et puis nous, on ne connaît pas le compte en banque de nos patients..
M3 : même si on le connaît, ça ne change pas grand'chose
- 1455 mais est-ce qu'il faut demander l'APA, est-ce qu'il faut demander la COTOREP, la MDPH, où s'adresser, on pourrait avoir une petite aide à tel endroit, les assistantes sociales savent faire ça, nous on ne sait pas.
M2 : ça ne nous regarde pas, et puis moi j'oserais jamais demander à un de mes patients ce qu'il a sur son compte en banque, des fois il y en a qui me sortent le tout mais.. ça c'est un autre problème, mais je ne leur demanderais pas...
- 1460 *M2* : et puis nous, on ne connaît pas le compte en banque de nos patients..
M3 : même si on le connaît, ça ne change pas grand'chose
- 1465 *M2* : ça ne nous regarde pas, et puis moi j'oserais jamais demander à un de mes patients ce qu'il a sur son compte en banque, des fois il y en a qui me sortent le tout mais.. ça c'est un autre problème, mais je ne leur demanderais pas...
- 1470 *M1* : quand on a des femmes qui sont en difficulté, au moins les assistantes sociales, quand elles sont en face de ça, elles savent nous dire tout de suite "celle-là, elle a droit à l'allocation mère isolée""elle a droit à ci" "faut demander des trucs pour les enfants", etc etc, ça alors là c'est..
- 1475 *Thomas* : c'est pas votre métier
M1 : non non
- 1480 *M3* : non, ce n'est pas le nôtre
Thomas : clairement pas, donc finalement vous avez besoin d'une assistante sociale qui soit disponible et dédiée à ce genre de problèmes
- 1485 *M2* : et qui puisse agir vite en urgence, par exemple avoir un réseau "urgence". C a m'est déjà arrivé moi par exemple, de téléphoner directement au médecin du Conseil Général pour faire mettre au dessus de la pile le dossier d'un patient pour qui c'était urgent. Ca m'est arrivé plusieurs fois. Ca marche.
- 1490 *Cécile* : oui.
M2 : mais bon, on ne peut pas faire ça tous les jours
Cécile : avoir un correspondant un peu de référence compétent.
- 1500 *M2* : il y a des gens qu'on ne connaît pas , le médecin conseil du... (aux autres médecins) vous les connaissez les médecins conseil ?
M1 : Mme F ?
- 1505 *M2* : oui
M1 : oui je la connais
M2 : moi je ne la connais que par téléphone
- 1510 *Thomas* : ça c'est une autre entité, le médecin conseil, ok
M2 : du Conseil Généralement
- 1515 *M3* : pas de la sécu
M2 : pas de la sécu, c'est différent.
- 1520 *M3* : quoi que la sécu, on n'a pas trop de problèmes, enfin, (aux autres médecins) je ne sais pas si c'est comme ça pour vous ? quel que soit le régime. le plus difficile, les artisans peut-être ?
M1 : moi je n'ai pas de problème
- 1525 *M3* : j'ai pas de soucis, non mais c'est un peu plus long avec les artisans c'est tout. Non je n'ai aps de souci avec la sécu non.
Cécile : vous pensez qu'on a fait un peu le tour des difficultés que vous pouvez ressentir au quotidien dans la prise en charge de vos patients..?
- 1530 *M3* : je crois que la partie la plus difficile, c'est encore d'éduquer nos patients qui socialement sont dans la misère
- 1535 *Cécile* : oui, pour vous en cabinet, pour pouvoir faire bien passer le..
M3 : oui, puis quand on est appelé chez eux, on leur dit "vous êtes un peu gros, vous commencez à avoir du diabète, il faudrait vous remuer, peut-être arrêter les chips, la télé et le tabac et puis vous revenez me voir" pfff
- 1540 *Thomas* : ça l'éducation, ça a l'air d'être un problème, et puis en plus, on touche quand même aux limites de votre métier
- 1545 *M3* : ben c'est de la prévention, c'est tout à fait notre métier ça
M2 : non, ça fait partie de notre métier
- 1550 *M3* : c'est vraiment la prévention,
M1 : c'est la nouvelle mode, c'est l'éducation thérapeutique qui est entrain de se mettre en place et on ne sait pas exactement qui doit la faire déjà, et deuxièmement on ne sait pas comment elle devrait être payée, parce que c'est extrêmement chronophage. Et puis c'est de la pédagogie, on doit obtenir un changement de comportement des gens, et on sait que faire changer un comportement c'est vraiment difficile.
- 1555 *Thomas* : ce que je peux vous proposer, c'est de faire un résumé de ce que vous avez dit, et puis que vous interveniez pour compléter éventuellement. Dans la première partie on a abordé la précarité, vous m'avez donné des exemples qui étaient d'abord liés à la CMU. Vous avez beaucoup parlé des problématiques d'éducation (1.10'57"), que vous aviez, des personnes que ce soit pour des problématiques de respect, des problématiques d'explication d'ordonnance, et puis donc de santé, dans le cadre de l'éducation thérapeutique. Vous avez aussi, au niveau des maladies, de la précarité sous l'angle des problématiques de perte d'autonomie, que ce soit physique ou psychologique, et des maladies, des cas extrêmes de patients quand vous nous avez parlé du patient africain victime du sida.
Votre réponse, ça va être, avant tout parce que vous êtes médecin, une réponse médicale, donc avec des hôpitaux, et puis comme vous l'avez souligné, les urgences, c'est une solution qui reste.. enfin l'hôpital public en général, c'est une solution qui
- 1560
- 1565
- 1570
- 1575

- reste toujours ouverte, mais votre connaissance de votre environnement fait que vous êtes capables de faire appel à des structures dédiées, en milieu rural l'ADMR et sa branche santé le SSIAD. Vous faites un peu moins volontiers appel aux assistantes sociales, parce qu'elles n'ont pas des créneaux horaires qui vous satisfont, elles sont un peu dépassées, et puis elles ont une activité qui est organisée autour d'autres problématiques, avec la prise en charge des jeunes et des familles..
- 1580 **M3** : je crois que c'est surtout la dernière partie qui est la plus importante, c'est surtout pour ça qu'on n'arrive pas à résoudre la plupart des problèmes, enfin de mon point de vue..?
- 1585 **Thomas** : donc pour essayer de pallier ce problème vous faites appel à des structures, Secours Catholique et même le médecin au Conseil Général. Et pour répondre à vos besoins, vous auriez finalement besoin d'une assistante sociale, d'un travailleur social qui fasse la synthèse, qui fasse le boulot qui n'est pas le vôtre en fait, qui ait la connaissance d'une réponse à des problématiques sociales, et aussi qui ait une vision un peu plus macroscopique pour être capable d'orienter les personnes, mais vous dites qu'il faut que cette personne soit capable de répondre dans l'urgence, et donc qu'elle soit aussi dédiée à cette tâche..
- 1590 **M2** : la preuve que ça manque d'assistantes sociales, c'est que par exemple pour l'ADMR quand une personne veut avoir le service de l'ADMR, il faut d'abord faire une demande d'APA, donc c'est une personne bénévole de l'ADMR qui va chez cette personne-là quand il y a une demande, qui va lui demander quels sont ses biens, donc il y a des gens, et c'est pour que j'insistais sur la problématique d'association..
- 1600 **Thomas** : de bénévoles..
- 1605 **M2** : parce que ce sont des bénévoles, moi j'ai bien connu le truc parce que j'ai une secrétaire qui est en retraite maintenant depuis bientôt 2 ans, qui le faisait, mais il faut voir comme des fois elle se faisait jeter, il fallait en avoir envie, de faire du bénévolat comme ça, c'était pas toujours évident, pour monter les dossiers, pour les envoyer par exemple au Conseil Général, pour faire les demandes d'APA et tout ça. Ce sont des bénévoles qui font ça chez nous pour l'ADMR. Je suis sûr que les gens ne savent pas, la plupart du temps, quand ils voient des gens de l'ADMR arriver, ils pensent que ce sont des gens qui sont payés, que ce sont des assistantes sociales.
- 1610 **Cécile** : et si je peux ajouter simplement, et donc une des grosses difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des patients précaires pour jouer votre rôle de médecin généraliste, c'est pour tout ce qui est prévention, ça c'est un des..
- 1615 **M1** : et il me semble d'ailleurs qu'on a eu du mal à démarrer la soirée, une des difficultés qu'on a c'est aussi d'identifier la précarité, parce qu'évidemment, on a l'image tous de la précarité dont on a donné un exemple de ton africain sidéen, bon ça quand on le voit, il n'y a pas photo, on sait qu'on est face à quelqu'un de précaire c'est sûr, mais on a aussi l'image du quart-monde, des clochards qui ont les pieds comme ça, qui n'ont pas de sous, pas d'argent, aucune protection, qui n'en veulent pas d'ailleurs, et chez qui on retrouve une pathologie lourde, et une désinsertion sociale, ça c'est la cas extrême. Mais dans nos patients, on a quand même des gens précaires qu'on n'identifie pas bien, et dans ces cas-là, on passe à côté, en leur prescrivant une radio qu'ils ne peuvent pas payer, on leur donne une ordonnance sans trop aller voir derrière ce qui se passe..
- 1620 **M3** : et puis on s'étonne..
- 1625 **M2** : ou alors on leur fait une lettre puis 6 mois après ils reviennent, et puis ils ont toujours la lettre, ils ne sont pas allés voir le spécialiste
- 1630 **Thomas** : et là, qu'est-ce que vous pensez qui pourrait vous aider à être mieux préparé à ce genre de patients ou de situations ? C'est difficile ?
- 1635 **M1** : ben je ne sais pas répondre à la question-là, c'est vrai que moi, quand vous m'avez téléphoné, je vous ai dit, je n'ai pas
- 1640 beaucoup de patients précaires..
- 1645 **M2** : je me suis dit la même chose..
- 1650 **Cécile** : et puis finalement
- 1655 **M1** : on réfléchit un peu, puis on se dit "si finalement, il y en a quand même"
- 1660 **M3** : bien plus qu'on ne le croit
- 1665 **Thomas** : vous me dites que la soirée... vous avez eu du mal à... tout de suite vous êtes partis sur des critères qui n'étaient plus uniquement l'argent. (à **M2**) le premier exemple que vous m'avez donné, vous avez tout de suite lié l'aspect argent à l'aspect social, l'aspect éducation, et donc tout de suite vous avez..
- 1670 **M2** : oui mais parce qu'on y a réfléchi quand même depuis..
- 1675 **Cécile** : oui
- 1680 **Thomas** : c'est bien :)
- 1685 **M2** : non non mais c'est vrai, parce que moi sur le coup quand j'ai rempli, j'ai appelé ma secrétaire, je lui ai dit "on n'en a pas hein ?" elle me dit "vous ne vous rendez pas compte tous les gens qui ont du mal de payer ?" qu'elle me fait !
- 1690 **Cécile** : ah oui
- 1695 **M2** : bien évidemment, je ne me rends pas toujours bien compte non plus donc.. et elle m'expliquait "on essaye de faire payer de plus en plus la sécu directement à cause de ces problèmes-là" et puis en discutant voilà. C'est pour ça que j'ai commencé en disant "c'est pas les CMU qui posent.." contrairement à ce que je.. moi sur le coup je me suis dit "bon les plus précaires, normalement ce sont ceux qui ont la CMU" ben non
- 1700 **M3** : ce sont ceux qui n'ont même pas la CMU, parce qu'ils n'ont pas fait les démarches
- 1705 **M2** : ah oui, alors il y a ceux qui n'ont pas fait les démarches, ceux qui n'ont pas de complémentaire,
- 1710 **Cécile** : oui, vous vous faisiez allusion à ceux qui sont juste au-dessus et qui ne peuvent pas..
- 1715 **M2** : voilà
- 1720 **M3** : je parle de ça parce que mon père, une fois qu'il a pris sa retraite, il est médecin, il est parti à Médecins du Monde
- 1725 **Cécile** : on a eu l'occasion de le rencontrer, il nous a accueillies
Isa : c'est lui qui nous a contactées
- 1730 **M3** : à bras ouverts.. donc là, des assistantes sociales, il y en a toujours, pas de problèmes, elles sont un boulot il disait.. impressionnant
- 1735 **Cécile** : et ça aide, de pouvoir travailler en ..
- 1740 **M3** : largement oui
- 1745 **Thomas** : donc Médecins du Monde ça peut être aussi..
- 1750 **M3** : mais on n'envoie pas, ils sont trop loin
- 1755 **Isa** : ils sont à Nancy
- 1760 **M3** : il n'y en a pas un qui va faire le déplacement
- 1765 **M2** : mais ça c'est vrai que si on travaillait en réseau avec les assistantes sociales, si on les connaissait mieux, ça passerait peut-être mieux, on arriverait mieux à...
- 1770 **M3** : il y a eu une période au début, moi quand je me suis installé, il y avait une assistante sociale dont le bureau était à côté de chez moi, donc c'était très facile, bon maintenant, il n'y en a même plus dans le village

1735 *Cécile* : d'accord et effectivement c'était plus facile..

M3 : ah oui! je voyais la voiture, je savais qu'elle était là "hop ça y est.."

1740 *Thomas* : ça c'est quand même un besoin qui est lié aussi à la ruralité, au problème de désertification

1745 *Cécile* : oui et puis vous mettiez l'accent sur le fait de pouvoir identifier les patients précaires, finalement ça permet du coup de... si on pouvait mieux les identifier, de ne pas passer à côté de leur précarité, du coup de leur programmer les examens dont ils ont besoin en connaissance de cause et d'adapter nos prises en charge

1750 *M1* : oui

M3 : par exemple

1755 *M2* : mais c'est difficile de les identifier, parce que comme je vous dis, je n'ose pas demander à mes patients ce qu'ils ont, et c'est en leur prescrivant, voyant qu'ils n'y vont pas, au départ on se dit "mais pourquoi ? ils ont peur ?" puis après on s'aperçoit que c'est dû à la précarité, c'est avec le temps qu'on finit par le savoir..

1760 *Thomas* : ok, on va peut-être goûter les petits gâteaux ?

Cécile : merci beaucoup.. (1.19'53")

Retranscription FG 6 Toul le 02 07 2009

Animateur: Thomas Querrioux

Co-animatrice: Cécile Flye Sainte Marie

Observateur: Dr Michel Maignan

5

Participants: Médecin n° 1 : M1 – homme, médecin n°2 : M2 – homme, médecin n°3 : M3 – homme, médecin n°4 : M4 – femme, médecin n°5 : M5 – homme (1 désistement de toute dernière minute)

10

(1'55")

Thomas: On va commencer par le tour de table, ce qui est intéressant pour nous c'est que vous vous présentiez et de savoir dans quel type de pratique vous vous inscrivez.

15

Cécile : simplement sur le plan technique, on a démarré l'enregistrement, on vous rappelle que ce sont des enregistrements strictement anonymes qui seront utilisés à la seule fin de faciliter la retranscription des entretiens. La caméra est là en plan fixe (..)

20

Arrivée cinquième participant

(3'10")

25

Thomas : ..on était entrain de commencer, par un petit tour de table. Egalement on signalait que l'entretien allait être filmé, à des seules fins de retranscriptions... parce qu'il y a eu des doutes émis (rires)

30

M5 : d'accord

M1: tout ce que tu pourras dire pourra être retenu contre toi.

35

Thomas : ... à condition qu'on puisse le comprendre donc c'est pour ça qu'on demande si possible d'éviter les bruits parasites , les mouvements de chaises, les petites conversations en aparté.. ce genre de choses..

40

Cécile : la vraie étude, c'est une étude sur le comportement alimentaire des médecins généralistes ..

Thomas : tu peux te présenter ou je fais le rappel du travail qu'on fait... ?

45

Cécile : tu feras le rappel après.. je suis Cécile Flye Sainte Marie, uns des deux thésardes, on travaille avec Isabelle Querrioux, l'épouse de Thomas qui n'est pas présente ce soir, habituellement, on est là toutes les deux mais comme on vient aujourd'hui aussi avec Michel Maignan qui est notre directeur de thèse, qui vient pour s'imprégner un petit peu de l'ambiance des entretiens, car c'est une méthode de travail qui est nouvelle pour nous et qu'il découvre aussi ce soir. Merci de nous accueillir tous. Thomas fera un petit rappel pour présenter l'étude...

55

Thomas : je m'appelle Thomas Querrioux, je suis ingénieur, et je vous expliquerai pourquoi il y a besoin d'un ingénieur pour animer ce genre de groupe. Je vous propose maintenant de vous présenter. Ce qui est important pour nous c'est que vous nous précisiez dans quel type de pratique vous vous inscrivez, quel est votre quotidien, comment vous le vivez, vite fait ;)

60

Cécile : simplement votre lieu et la zone d'exercice..

65

M5 : je commence ? je suis le Dr H.. de Foug, donc un petit patelin à 8km d'ici.. donc médecine générale, semi-rurale.

70

M4 : F... Ch..., donc je n'exerce qu'en libéral, cabinet à Toul centre,

Thomas : donc plutôt médecine de ville..

M4 : médecine de ville

75

Cécile : seule ou en association ?

M4 : seule.

80

M5 : je suis en association (5'34")

M2 : Moi, S.. W.., je suis seul aussi, médecine générale à Dommartin-lès-Toul, c'est en semi-rural.. c'est proche de Toul quand même

85

M4 : .. semi-urbain

M2: semi-urbain

90

Thomas: Mr H.., vous disiez que vous êtes en association avec trois médecins, c'est ça ?

M5 : oui trois médecins

95

M3 : P. H.., je suis à Villey St Etienne, un petit village de mille habitants et quelques, plus rural que urbain bien sûr; et au point de vue patientèle, c'est quand même une patientèle assez aisée, c'est vrai que le problème de la précarité, si j'en ai, bien sûr, mais c'est peut-être pas trop exprimé donc.. je suis là.. ça m'intéresse quand même de voir un petit peu ce qu'on pourra faire..

100

Cécile : et votre expérience nous intéresse.

105

M1 : alors C.. B.., moi je suis installé depuis 21 ans à Velaine en l'Haye, c'est du rural, c'est 1500-1600 habitants, je suis pas associé, je travaille tout seul, bon c'est du libéral pur et comme P.., je suis pas vraiment exposé aux problèmes de précarité mais bon..

110

Thomas : alors Cécile m'expliquait que vous vous réunissez dans le cadre de..

M5 : d'une formation médicale ? oui, régulièrement.

115

M2 : on vous a réservé un jeudi.

Cécile : oui, plus régulièrement que ce que je m'imaginai

Thomas: ok.

120

M1 : il y a de l'officiel et du non officiel aussi

M2 : tout à fait.

125

Thomas: donc il n'y a pas que de la formation. Donc la réunion de ce soir s'inscrit dans le travail de thèse de Cécile et Isabelle, qui porte comme vous le savez sur les difficultés de prise en charge des patients précaires par les médecins traitants.

130

Votre réaction ça a peut-être été d'aborder la précarité selon une définition qui vous est propre et c'est ce qui nous intéresse ce soir... de voir comment vous vivez cette précarité, comment vous vivez ces difficultés et quels peuvent être vos besoins. Alors pour aborder ce problème,

135

Cécile et Isabelle ont d'abord eu une approche quantitative, vous avez peut-être reçu un des 800 questionnaires qu'elles ont envoyés. Elles en ont réunis 400, qu'elles vont pouvoir exploiter. Et maintenant elles ont décidé d'aborder le second volet de leur étude sous un angle qualitatif, sous la méthode des focus groupes. Alors, ce sont des groupes de réflexion, des entretiens semi-dirigés, c'est-à-dire que nous devons essayer d'être aussi absents que possible de l'entretien, que ce soit un échange entre vous, et donc mon rôle, en tant qu'ingénieur, je travaille à GDF, encore une fois, l'univers médical, ça m'est très loin, ça va être simplement de vous aider à reformuler, avec l'idée que si c'est compréhensible par moi, c'est compréhensible par le plus grand nombre.

145

Et, en plus je n'apporte pas de biais, je n'ai pas d'expérience du milieu médical, je n'ai pas de position particulière.

150

Donc dans un premier temps, on va essayer de s'approcher de vos problèmes au quotidien, de vos difficultés, simplement, au sens large, les fois où vous retrouvez en face d'un patient et que vous n'avez pas de réponse à lui apporter, ou alors que vous avez du mal à lui apporter ces réponses, vous nous expliquez pourquoi. Et peut-être ensuite dans un second temps, quels peuvent être les soutiens que vous allez trouver pour répondre à

- ces difficultés, pour après essayer de définir vos besoins, aujourd'hui.
Donc on va partir sur une petite heure et demie d'entretien, et je vous propose de commencer par un exemple, si vous en avez un.
- 160 **M4** : J'ai eu un problème, c'était une libanaise, parce que surtout il y a un centre d'accueil de gens en situation irrégulière. Et donc c'était une jeune libanaise qui était rentrée avec sa fille, qui est rentrée avec un passeport.. avec un visa de Schengen via la Grèce et elle a pu venir en France. Donc toutes les démarches ont été sur Nancy et elle avait été suivie par un centre à Nancy, et puis il y avait des démarches administratives régulières à faire, il y avait des dates, son premier dossier a été rejeté, elle a fait appel, et puis le dernier, il restait un papier et le centre qui la suivait à Nancy ne lui a pas dit qu'il y avait une date limite butoir, que si elle ne répond pas elle se retrouve en situation complètement irrégulière.
- 165 **M4** : Donc elle me montre ses papiers, j'essaye de comprendre, car c'était un domaine que je ne connaissais pas du tout, et je me dis "bon, je vais me renseigner", j'ai été voir la secrétaire d'une députée Mme B., elle a pu appeler donc le centre qui a réexpliqué certaines choses, mais c'était un peu brouillon, dans le sens qu'ils disaient une chose, mais ils n'appliquaient pas les choses réellement, au lieu de lui dire il faut faire un courrier et...
- 170 **M4** : en tous cas, c'est le ressenti que j'ai eu, parce que la patiente n'avait peut-être pas bien compris, pourtant elle comprenait très bien le français, donc elle m'a bien redit qu'il faut impérativement faire la lettre, plus une lettre médicale, il y avait des problèmes psychiatriques assez importants, et puis après ça a reporté, elle a pu grâce à ça avoir un séjour temporaire. Mais ça a été une démarche... ça m'a mis une semaine parce qu'il fallait que je fasse très rapidement car il y avait une date butoir euh...
- 175 **Thomas** : donc finalement, les difficultés que vous décrivez là sont des difficultés essentiellement administratives..
- 180 **M4** : ... administratives
- 185 **Thomas** : d'accord. Et c'est souvent que vous rencontrez des difficultés administratives?
- 190 **M2** : a priori, on n'est pas préparé à ça.. déjà de par nos études, et puis... moi j'ai fait médecine, pour faire de la médecine et puis je ne fais que... je fais beaucoup d'administratif, et je suis pas préparé à ça.. je suis obligé de le faire mais...
- 195 **M3** : attends dévole pas tout, elle commence alors!
- 200 **M4** : mais disons que c'était quand même très important (12') parce qu'il y avait des (?) médicales, quand elle a eu la réponse négative, elle a dû à un moment être hospitalisée en psychiatrie.. donc à un moment il fallait trouver une solution parce que le problème devenait médical
- 205 **Cécile**: oui
- 210 **M5** : et en psychiatrie, ils n'ont rien fait?
- 215 **M4** : elle a vu les assistantes sociales, et bon, ça n'a pas beaucoup bougé.. je pense que j'ai fait plus de choses euh..
- 220 **M5** : comme d'habitude avec les assistantes sociales...
- 225 **Cécile** : vous avez l'air...
- 230 **M5** : ah ben moi, il y a une assistante sociale.. moi je suis installé depuis 25 ans.. en 25 ans, j'ai dû avoir deux contacts avec l'assistante sociale. Pourtant, là où je suis, à Foug, il y a une usine, donc un milieu ouvrier, donc avec tout ce qui va avec alcool, tabac, précarité aussi, chômage. Il y avait une municipalité, il y a toujours une municipalité socialiste, qui a créé pas mal de logements sociaux, donc qui nous a ramené pas mal de cas sociaux, c'est pas péjoratif, c'est simplement qu'on a ces cas précaires avec des gens qui.. on a tout le cortège : pas d'argent, pas de papiers, pas de... les soins...
- 235 **M1** : pas de mutuelle..
- 240 **M5** : voilà. Je me débrouille. Donc les assistantes sociales, j'ai eu affaire à elles deux fois.
- 245 **Thomas** : Vous dites : "on se débrouille"..
- 250 **M5** : Non, alors...
- 255 **Thomas** : Vous avez énoncé plein de problèmes. Vous avez parlé d'alcool, tabac, chômage
- 260 **M5** : oui..
- 265 **Thomas** : vous dites "on se débrouille"..
- 270 **Cécile** : les problèmes de suivi, peut-être..
- 275 **M5** : oui, on se débrouille. On se débrouille du point de vue médical, ça c'est notre problème à nous, et puis les problèmes administratifs, en fait moi j'ai la chance d'avoir une municipalité qui a un service social assez compétent, et donc c'est plutôt eux qui gèrent que les assistantes sociales.
- 280 **M5** : Donc quand j'ai un problème, j'ai affaire à la municipalité et puis.. en général, ça se règle assez bien.
- 285 **Thomas** : comment est-ce que vous vous débrouillez avec les problèmes médicaux ?
- 290 **M5** : les problèmes médicaux, ben.. lesquels par exemple ?.. je sais pas euh..
- 295 **Thomas** : j'aurai du mal à vous amener un exemple..
- 300 **M5** : alors les problèmes médicaux, il y en a qu'on arrive à gérer d'autres pas. Exemple : il y a qq années, il y a eu une épidémie de poux.. On savait très bien quelles familles étaient porteuses. On a qq familles qui ensemençaient régulièrement toutes les écoles. Donc ils n'ont pas voulu créer de problèmes discriminatifs, donc on a fait une réunion avec les parents d'élèves, les instits de l'école, la mairie, et puis les deux médecins. On a décidé. la mairie a acheté les produits, ils sont allés apporter les produits chez les parents. Après on a contrôlé. Les soins n'étaient pas fait. Par exemple.. alors qu'ils avaient les produits chez eux. Voilà un exemple..
- 305 **Cécile** : c'est insoluble.
- 310 **M5** : c'est pas insoluble, on a réussi à la longue à les faire se laver un peu mais..
- 315 **Thomas** : quand vous dites on a réussi, ça a donc été un effort global...
- 320 **M5** : c'est un effort collectif. C'est pas moi.
- 325 **Thomas** : collectif. D'accord. C'est une réponse collective de la municipalité..
- 330 **M5** : de la municipalité, des instits, de un petit peu tout le monde oui. Bien sûr, je ne pense pas qu'on puisse s'en tirer tout seul, quels que soient les problèmes. Les problèmes financiers par exemple, c'est ce qu'on disait, moi je vois avec la municipalité, quand il faut un petit papier pour arranger, je le fais, et puis voilà.
- 335 **Thomas** : pour vous autres c'est pareil? les problèmes financiers, vous avez toujours la réponse ? la municipalité ?
- 340 **M2** : pas obligatoirement la municipalité,
- 345 **M1** : il y a des fois où on consulte...
- 350 **M2** : on sait faire des actes gratuits.
- 355 **M1** : .. gratuitement
- 360 **M5** : oui, ça je n'en parle même pas!
- 365 **M1** : je vais passer la semaine prochaine au. (?) voilà, on sait bien que.. on fait notre boulot puis le reste...

- 315 *M5* : voilà.
M2 : heureusement qu'il y a la couverture maladie universelle quand même.. moi j'ai pas mal de patients qui en bénéficient, c'est une façon d'être rémunéré tout le temps
- 320 *M5* : et puis aux gens de se soigner
M2 : oui
M5 : parce que s'ils n'avaient pas la CMU..
- 325 *M2* : est-ce qu'ils n'en abusent pas qqfois...
M5 : plus maintenant, enfin moi je n'ai plus l'impression
M2 : moi il me semble que bon..
- 330 *M5* : moi la grande majorité, ceux qui sont en CMU, ils se soignent...
M2 : c'est pas qu'ils en profitent mais quand ils ont RDV ils viennent avec toute la famille
- 335 ..
M5 : alors ça je ne suis pas d'accord, c'est nous, c'est les médecins. Moi j'ai mis un holà là-dessus, je suis un gueularde, j'ai râlé, et maintenant c'est bon. Exemple, précaire, un jeune, qui m'a fait le coup 3 ou 4 fois, il prenait RDV, il ne venait pas, il venait une fois après, il reprenait RDV, il avait même pas de CMU, je l'ai prévenu une fois, je l'ai prévenu deux fois, la troisième fois, je l'ai foutu à la porte.
- 340 *Thomas* : vous avez dix "un jeune", c'est le fait qu'il soit jeune qui faisait de lui un précaire ou..?
M5 : non, oui, c'est toute la famille.. j'ai gardé le reste de la famille mais celui-là, je l'ai foutu à la porte.
- 350 *Thomas* : quand vous dites qu'ils sont précaires..?
M5 : ils sont précaires, dans la mesure où ils ne savent pas gérer leur argent, donc là ils vont être en surendettement ces jours-ci, et puis je ne sais, leur maison va être vendue, il y a des HLM, donc ils vont se retrouver un logement..
- 355 *Thomas* : d'accord, donc c'est une forme de précarité sociale ?
- 360 *M5* : une forme de précarité sociale, c'est-à-dire que lui a un travail, elle aussi, ce sont 2 ouvriers si vous voulez, ils n'arrivent pas du tout à gérer, ils dépensent leur argent n'importe comment, ce qui fait qu'ils sont toujours en... c'est des RDV où ils ne payent pas bien sûr, ils ne payent pas leur maison, ils payent pas... à droite et à gauche, donc ils retrouvent en surendettement, malgré qu'ils aient 2 salaires. Pour moi c'est aussi une précarité, donc là il va y avoir un dossier de surendettement qui va être fait, et après, je ne sais pas.. est-ce qu'ils vont les laisser comme ça ou est-ce qu'il y aura un suivi social, je ne sais pas.
- 370 *M3* : justement, qu'est-ce que vous entendez par précarité ?
Thomas : c'est à vous de nous le dire... j'ai entendu beaucoup de choses déjà. J'ai entendu des gens qui parlaient de maladies, des dépendances (tabac, alcool), j'ai entendu des gens qui ont exprimé des formes de précarité sociales, vous venez de le faire, et puis la précarité financière qui a été évoquée aussi.
- 375 *M1* : c'est pas essentiellement ça..? je pense qu'on arrive toujours à retrouver une précarité financière dans l'ensemble.
M3 : à la base.
- 385 *M1* : à la base oui, avec toutes les conséquences
M3 : alors que je me souviens, ce qu'on faisait à une époque aussi, c'était le dû par avance..c'est-à-dire que les..
- 390 *M5* : oui, on a toujours
M3 : ..oui, ils n'ont même plus besoin de justifier
- 395 *M5* : t'as plus besoin de rien, tu peux le faire comme ça..
M3 : c'est une façon de faire 100%, ils nous payent pas, mais on est payé directement par la sécurité sociale, ça dispense de faire l'avance de frais, voilà.
- 400 *Cécile* : oui.
M3 : par exemple, au départ il fallait qu'ils envoient un formulaire pour justifier leurs revenus, évidemment c'était à nous d'y penser, ils n'y pensaient pas eux, c'est-à-dire que tous les ans, il fallait renouveler le truc, alors moi je notais dans le dossier qu'il fallait penser à faire le.. "alors vous avez pensé à faire le..??" ah oui puis bon maintenant, il n'y a plus besoin, c'est automatique, pour l'instant..
- 405 *M5* : parce que aussi, il y avait une précarité administrative, moi j'avais aussi le cas où les papiers n'étaient jamais renouvelés. Là pareil, j'ai l'exemple d'une jeune, 3 gosses, 25 ans, et pareil, renouveler le... et c'était difficile d'aller jusqu'à Toul, c'était plus simple d'aller au bistro à côté.. donc les papiers n'étaient pas faits; donc elle ne payait pas voilà..
- 410 *Thomas* : donc face à un patient qui ne paye pas de façon récurrente, vous...?
M5 : ça dépend aussi, tout dépend comment ça se présente. Si c'est le gars manifestement qui essaye de truander, parce que c'est un tricheur inné, et qui veut essayer nous escroquer directement, moi une fois, deux fois, troisième fois j'arrête. La plupart du temps c'est des familles comme je le disais, qui sont précaires, mais intellectuellement aussi, parce que ça va avec, donc qui ne font pas de papiers; qui ne font rien, qui sont.. il faut toujours les pousser pour avoir quelque chose.. de temps en temps je râle un petit peu pour qu'ils fassent leurs papiers, puis je les garde, parce que souvent ils ont des gosses en plus..
- 415 *M1* : puis il y a le précaire qui a pas de chance qui est très malade aussi, celui-là on ne peut pas..
M5 : ben non..(?)... (21'08")
- 420 *Cécile* : Dr H..., vous aviez l'air de réagir..
M3 : non, je comptais le nombre de gros précaires administratifs intellectuels..
- 425 *Thomas* : justement, c'est vous qui nous avez dit qu'apparemment vous n'êtes pas confronté à la précarité financière, est-ce que ça vous dispense de voir des gens qui ont des difficultés sociales ou..
M3 : ah non, j'en vois bien sûr, non pis moi je reconnais que c'est un petit village bien nanti on va dire, j'ai quand même qq CMU, enfin moi les CMU vont aux sports d'hiver mais c'est autre chose.. et ils ont le carnet de santé et tout ça mais bon..
- 430 *Thomas* : mais vous parliez à nouveau de précarité financière..
M3 : oui c'est vrai que pour moi, quand je parle de précarité, je pense plutôt financier, mais c'est vrai par exemple, ils me disent "ben vous savez vous pouvez attendre pour .." ..encaisser le mois d'après et ainsi de suite.. et effectivement je leur propose, je leur dis "vous savez si vous êtes à 100% on peut faire une somme.." puis des fois on voit que c'est pas évident, quand ils ne comptaient pas revenir, on les fait pas revenir une deuxième fois, ou trois fois dans le mois, et ça s'accumule et c'est pas évident pour eux donc.. ça m'est arrivé de faire des ..(?) (22'26")
- 435 *Thomas* : et le fait que vous évoluez dans un milieu rural, ça ne crée pas des difficultés spécifiques ?
M3 :
- 440 *M2* : c'est semi-rural, ce sont des cités dortoirs
M4 : oui des cités dortoirs plutôt
- 445
- 450
- 455
- 460
- 465
- 470

- M1* : on n'est pas loin de tout, on n'est pas loin de Nancy, on n'est pas loin de secteurs d'activités professionnelles
- 475 **Thomas** : donc face à des difficultés, vous avez toujours les réponses..
- M1* : on n'a pas pas réellement du rural pur. Je crois que pour trouver du rural pur, il faut aller en Meuse, il faut aller...
- 480 *M3* : oui c'est pas..
(*qq secondes incompréhensibles entre M3 et M1.. jq 23'08"*)
- 485 *M3* : oui enfin en rural, moi mes paysans, ce sont des propriétaires terriens, y en a qui sont parents avec le Gérard Dijat(?)..
- 490 *M1* : je n'ai pas l'impression qu'il y ait une forme particulière de précarité dans les villages, par rapport aux villes ici.. non non je ne vois pas trop de différences.
- M5* : je pense que vous allez tous à la Croix de Metz ..
- 495 *M4* : mais ce n'est pas le pire
- M5* : c'est pas le pire ?
- M4* : c'est pas le pire, c'est le centre ville pour moi.
- 500 **Cécile** : c'est quoi la Croix de Metz ?
- M5* : c'est le quartier des HLM qui sont au-dessus là,
- 505 *M3* : ..(??) (23'52")
- M5* : il y a une concentration quand même... il y AVAIT une concentration de cas sociaux entre guillemets et donc des problèmes de toutes sortes... je voulais vous demander (*aux autres médecins*) sur la précarité financière, est-ce que vous avez beaucoup de chèques en bois ? Ca vous arrive encore beaucoup ?
- 510 *M4* : deux à trois par an..
- 515 *M1* : oui.
- M3* : c'est pas...
- M2* : j'en ai un ou deux par an.. bon sur les deux, y en a un qui (?).. le deuxième il ne vient pas
- 520 *M3* : bon ce qu'on a pour prévenir, c'est la carte bleue, ça évite les chèques en bois
.. les gens me disent "vous avez pas des chèques en bois des fois ? ", je dis "je les récupère après, c'est bon, ce sont des gens qu'on connaît donc" parce qu'après quand ils sont en ville... comme avant, il y avait les gens du médecin traitant, je suppose qu'en ville, c'est toujours aussi mais.. pour les gens de passage, je pense que pour le médecin, c'est plus sûr d'avoir la carte bleue qu'un chèque..
- 525
- 530 *M1* : je reviens sur la question de la différence entre le rural et la ville, moi j'ai l'impression qu'en rural, on connaît bien mieux nos patients, que des patients de ville, qui font du nomadisme médical, même si maintenant on a le médecin... voilà, bon ça on passe à côté.. et je veux dire on n'est plus à même d'appréhender,
- 535 bon le problème médical tel qu'il est mais dans un contexte, dans le contexte familial, dans le contexte psychologique, dans le contexte financier économique, etc.
Donc on est peut-être plus à même de connaître les gens, non pas par leur pathologie quand ils viennent nous en parler, mais dans
- 540 un cadre, dans un ensemble, je pense que..
- Thomas** : ce que vous dites c'est que il y a des difficultés, mais que le fait de connaître les patients dans leur environnement global vous permet de trouver de vous-même
- 545 *M1* : oui, et sans aller forcément à la pêche aux informations, je veux dire, on sait très bien que le patient de telle famille, il sera plus susceptible d'avoir tel ou tel problème, entre parenthèses que ce soit psychologique, financier, etc. Alors que le patient qui nomadise, qui va à droite, à gauche, qui se présente chez le
- 550 médecin pour un problème X ou Y, on va pas aller creuser forcément.. c'est peut-être la seule différence que je..
- 555 *M2* : c'est l'avantage de la médecine de famille ça..
- M1* : ça rejoint la médecine de famille
- M3* : par contre une chose c'est que moi récemment je me suis fait un peu avoir c'était.. maintenant on fait de moins en moins de visites, donc on connaît moins le milieu où vivent nos patients, et moi c'est une infirmière qui a été faire des.. ah oui c'était pour une étude que je faisais, elle allait faire l'enquête chez le patient. Et puis elle me dit "vous avez déjà été chez eux, vous avez vu dans quoi ils vivent ?" et c'est vrai que moi ça faisait des années que j'avais pas été chez eux.. bon je voyais bien quand ils venaient en consultation qu'ils étaient habillés, et que les gamins il ya avait un peu de laisser-aller, mais moi je ne sais pas bon.. et du coup elle me demandait presque de faire un signalement social parce qu'ils étaient vraiment élevés dans un milieu... mais ça c'est parce que je n'allais plus chez eux.. je ne m'étais pas rendu compte que c'était vraiment à ce point-là. Et pourtant on parle de (?).. moi une fois je vois la mère je lui dis "tu veux que j'attende pour le chèque ?" c'est moi qui lui ai proposé en plus, c'est pas elle, parce que là c'était une suture que j'ai faite, comme c'était un peu plus cher, je lui dis "j'attends quand tu seras remboursée " et puis justement, elle m' a bien rappelé pour le dire "c'est bon, vous pouvez encaisser le chèque j'ai été remboursée"
- 560
- 565 ça c'est un système aussi voilà, alors que d'autres, je lui ai fait, au bout de trois mois je lui dis "au fait, je peux..?" "ah oui, j'avais oublié de vous le dire ! "
- 570 **Cécile** : et du coup, le problème d'insalubrité de logement, ça peut avoir un retentissement ? est-ce que vous avez été amené effectivement à faire des démarches particulières ?
- 575 *M3* : je sais pas, parce que moi c'était pas officiel, alors j'ai pas osé lui dire "chez toi c'est pas chouette " alors bon... mais j'ai appris qu'après il avait fait des travaux, alors donc.. j'espère que c'est mieux.
- 580
- 585 *M5* : moi j'ai eu le cas d'insalubrité, quelque chose de terrible, les (?) (28'06) avaient rien pu faire, ils sont chez eux, ils avaient de l'argent, ils vivaient bien, c'était hyper sale, il y avait une cuisine qui faisait même pas le quart de cette pièce, et il y avait 10 chiens qui ne sortaient jamais.. et qui n'étaient pas nettoyés non plus, alors on ne pouvait pas marcher tu vois un peu, entre autres..
- 590
- 595 **Thomas** : quand vous êtes face à ça, vous dites que vous ne pouvez rien faire.
- M5* : non, ils sont chez eux, on ne peut rien faire.
- 600 **Thomas** : vous parliez de signalement ?
- M5* : oui mais ça ça avait été fait, mais de toute façon..
- 605 *M3* : un signalement, c'est quand il y a des enfants, je pense que c'est ..
- Thomas** : d'accord
- 610 *M3* : là si les parents sont irresponsables.. alors là tu parles, il y a l'insalubrité et la précarité, c'est pas pareil..
- 615 *M5* : pour moi ce n'était pas pareil, parce que là ils n'étaient pas précaires, ils avaient de l'argent, c'était une ancienne instit en plus, il travaillait à l'usine, donc ils avaient deux payes très correctes..
- 620 *M2* : c'est un mode de vie alors..
- 625 *M5* : c'est un mode de vie, c'est leur mode de vie, bon il était dégueulasse comme tout mais .. c'est tout, ils avaient choisi ça.
- Cécile** : il y en a c'est pas au niveau de l'éducation même
- M5* : oui oui, elle écrivait des poèmes, elle était primée au

- 630 niveau national, mais elle était d'une saleté repoussante..
M2 : à revenu égal, il y a des ménages qui s'en sortent très bien, et puis d'autres qui sont en état de précarité. A revenu égal, déjà il y a le niveau d'éducation qui entre en ligne de compte.
- 635 **M5** : alors ça aussi, c'est quelque chose qui joue à l'envers, j'ai le cas d'une femme qui présente bien, qui est toujours très propre, qui est toujours super bien habillée tout, mais qui n'a pas un rond, elle vit avec... je lui ai fait avoir une invalidité, un petit peu tirée par les cheveux, et puis elle vit avec ça, elle a juste de quoi payer son loyer, elle se coud ses habits, elle est toujours très propre
- 640 **M2** : elle a sa fierté
- 645 **M5** : elle a sa fierté, elle est toujours bien, le problème c'est que quand elle va voir les assistantes sociales en disant "j'ai un problème je ne peux pas avoir de l'électricité" on lui dit "mais vous avez vu comment vous êtes ? vous n'avez besoin de rien !" et ftt dehors.. alors qu'elle n'a pas un rond..
- 650 **M3** : faut changer d'habits quand on va chez le...
M5 : la prochaine fois je lui dirai..
- 655 **M4** : moi j'ai le cas d'une personne très âgée, enfin j'avais le cas, parce que ça a été dur, qui était veuve, qui avait une pension correcte et depuis le décès de son mari, elle a chuté, plus il y avait une démence qui s'est surajoutée, et donc c'était sale à l'intérieur, c'était une catastrophe. Il y avait une aide-ménagère qui était là, elle nettoyait mais ça ne sert à rien, parce.. il y avait ses selles partout..
- 660 **Thomas** : et ça a eu un impact sur sa santé ?
- 665 **M4** : non, elle n'était jamais malade. Et puis bon, je l'ai quand même signalé, mais on ne peut rien faire, elle est chez elle. Par contre, on faisait attention qu'elle ne se mette pas en danger, parce qu'il y avait le gaz.
- 670 **M5** : elle a de la famille ?
M4 : non, elle était isolée, seule, elle n'avait pas d'enfant, et elle avait des petits-neveux, très éloignés.
- 675 **Thomas** : est-ce que c'est quelqu'un que vous considérez comme précaire ?
- 680 **M4** : oui, précaire, dans l'état où elle était, financière non.
- 685 **Thomas** : donc qu'est-ce qui vous fait dire qu'elle était précaire ?
M4 : parce que c'était insalubre, et puis sa pathologie, sa démence.
- 690 **Thomas** : (aux autres) est-ce que c'est quelque chose que vous avez déjà vécu ?
M1 : non.
M5 : oui.
M4 : parce que c'était une personne que j'avais voulu mettre sous tutelle, elle n'a pas ouvert au neurologue la porte, donc j'étais bloquée. Tant que le neurologue n'était pas venu pour estimer que c'était bien une démence, au niveau du juge pour la mettre sous tutelle... ça a été la même chose pour un autre patient qui avait des problèmes d'alcoolisme que je voulais mettre sous tutelle, et bien, il n'allait pas ouvrir, sa concubine ne voulait pas ouvrir, jusqu'à ce que le neurologue m'appelle, j'ai dû rappeler la patiente en lui disant "vous ouvrez !"
- 695 **Cécile** : d'accord
- 710 **M4** : donc des fois il y a des situations un peu complexes..
Cécile : mais à force de coups de fil, vous avez fini par passer la porte..
- 715 **M2** : ça nous demande souvent beaucoup d'énergie, en particulier, les alcooliques, parce que c'est un problème récurrent et pour amener quelqu'un à se faire soigner, c'est pas évident. Déjà pour le soigner, ça prend beaucoup de temps, mais pour l'amener à se sevrer, là c'est illusoire
- 720 **M5** : là non, il y en a eu quelques uns.
M2 : non, il y a quelques bons cas heureusement, mais souvent ça traîne en longueur
- 725 **Thomas** : quels sont vos recours, qu'est-ce que vous faites quand vous êtes face à un alcoolique ? Vous disiez beaucoup d'énergie, donc c'est beaucoup d'engagement personnel.. donc la réponse elle vient de vous.
- 730 **M2** : oui c'est ça. Parce qu'on essaye de le diriger vers un milieu qui va l'aider mais.. s'il n'est pas volontaire.. c'est nous qui avons la charge de le soigner
- 735 **M1** : on ne peut forcer personne à se soigner
M5 : voilà
M2 : donc à partir de ce moment..
- 740 **M5** : mais tu peux, à force de discuter..
M1 : voilà
M5 : donc avec le temps, on arrive à régler le problème
- 745 **M4** : après ça dépend dans quel état il arrive. Moi j'avais un patient que tu connais (à M2), quand il buvait c'est des grosses quantités, il peut être sans (?) (34'10) quand il boit, là il descend, parce que il faisait ses selles, ses urines, sur lui.. j'avais comme contrat que il devait venir mais dans un meilleur état, qu'il ait bu OK, mais pas sale.. une fois il s'est assis sur une chaise, la chaise elle...
- 750 **Cécile** : il a respecté ce contrat ?
- 755 **M4** : chaque fois je..(incompréhensible).. il avait besoin de son Seresta, (..) je lui disais "vous revenez quand vous serez mieux et puis .. mais ça a été..
- 760 **Thomas** : donc vous étiez face à ce patient et encore une fois, votre seule réponse c'était ce contrat que vous lui apportiez entre lui et vous, et c'était..
- 765 **M4** : oui, parce que bon, il buvait, mais il se rappelait très bien de ce qu'il se passait, donc il avait toute sa tête, mais je voulais qu'il soit propre "vous prenez une douche et vous venez ", même s'il avait bu, je voulais qu'il soit propre, parce que sinon, la salle d'attente c'était..
- 770 **Cécile** : oui c'est quand toute une éducation aussi qui..
M4 : autrement il était propre mais.. le problème de l'alcoolisme, c'est vraiment la descente aux enfers, ce sont des gens qui travaillaient et qui perdent leur emploi, qui sont dans une situation où ils ont l'Assedic
Thomas : qui perdent leur emploi à cause de leur problème ou qui boivent parce qu'ils..?
- 780 **M4** : leur problème, ou ils boivent.. par exemple, ils ont perdu leur permis de conduire, donc ils ne peuvent plus aller travailler, ou bien s'ils sont commerçants, ils ne peuvent plus se déplacer, donc après ils se retrouvent au chômage, donc ils ont leurs prestations pendant deux ans, et là ils continuent à boire, donc ils ne s'en sortent pas, puis après ils se retrouvent en invalidité, donc toute cette histoire, ça prend 3-4ans.
Thomas : ils se retrouvent en invalidité, c'est-à-dire qu'à un
- 785

- moment, on peut trouver une réponse à leur situation ?
- 790 **M4** : ben on ne trouve qu'une situation financière, mais on n'a pas réglé le problème d'alcool
- Cécile** : et d'insertion sociale
- 795 **M4** : et d'insertion sociale
- M1** : et le problème est d'autant plus difficile pour nous c'est beaucoup d'investissement pour force, enfin pour "forcer", pour solliciter les gens à se prendre en charge, mais c'est encore plus d'efforts quand il y a une rechute, et il y en a souvent plusieurs, et à chaque fois reconvaincre la personne, re convaincre l'itinéraire de soins, etc. On perd souvent.. patience.
- 800 **Thomas** : visiblement, vous avez tous vécu cette expérience.
- 805 **Cécile** : reconvaincre l'itinéraire de soins, c'est-à-dire.. retrouver les structures..?
- M1** : reconvaincre la personne, voilà les structures..
- 810 **Cécile** : la personne ou les structures de reprendre.. ?
- M1** : la personne et les structures, mais essentiellement la personne. Les structures, si la personne ne veut pas s'en sortir..
- 815 **Cécile** : bien sûr..
- M1** : alors moi j'ai été vachement étonné parce que j'ai une patiente qui est alcoolique avec toutes ses conséquences et qui est en arrêt de travail depuis... et j'ai eu un coup de fil du médecin du travail qui.. non du médecin de sa caisse qui m'a dit je vais la mettre en invalidité, je lui ai dit "je suis scandalisé", je lui ai dit "c'est pas normal qu'on se retrouve en invalidité pour cette (?) (37'38") là, et elle m'a dit "je n'ai pas d'autre solution", enfin ça c'est aussi un point de vue..
- 820 **M2** : oui parce que ça va pas résoudre ses problèmes.. autant d'argent d'ailleurs que de santé.
- 825 **M1** : mais c'est la seule solution qu'on aie trouvé parce qu'on a essayé de la convaincre cette personne de se prendre en charge et ça a toujours été négatif donc là c'est de guerre lasse, on dit ben voilà... et puis on baisse les bras, on ne la prend plus en charge au niveau médical, on la prend en charge au niveau financier, j'hallucine.. donc ça va lui permettre de s'acheter des bouteilles de whisky !
- 830 **Cécile** : et il y avait un environnement autour de cette personne ?
- 835 **M1** : oh il y a un environnement familial qui, on va pas dire qui encourage, mais qui ne décourage pas, oui, le mari a le poignet et le coude alertes aussi, je pense que c'est un milieu où tout le monde s'entend bien.. alors lui, il est peut-être un peu plus résistant qu'elle mais elle, elle a déjà une encéphalopathie avec multinévrite, avec tout ce qu'on veut comme complications, cirrhose, ascite, elle tient le coup parce que c'est.. et lui il va mieux, il a moins de complications. Mais bon, il n'y a rien autour d'elle qui l'en empêche. Elle a une fille, elle se tape sur les cuisses en disant "mais qu'est-ce que vous voulez que je fasse ?" on ne peut rien faire. On essaye de la convaincre mais elle soutient, comme souvent l'alcoolisme chez les femmes qui est souvent nié; elle soutient même ivre morte qu'elle n'a jamais touché une goutte d'alcool. en partant de là, on peut faire tout ce qu'on veut.. c'est pas facile
- 840 **Thomas** : donc elle est entourée de sa famille ?
- 845 **M1** : oui. Les amis sont bien entendu partis les uns après les autres, les collègues de travail ont baissé les bras aussi. Et en gros, moi je me trouve contraint et forcé à ne lui faire que des prolongations d'arrêt de travail. Les cures de désintoxications, ben forcément non puisque "je ne bois pas", donc forcément c'est..
- 850 **Thomas** : oui, juste sur un plan plus personnel, vous avez tous rencontré ce cas-là, est-ce que vous étiez préparés à le rencontrer
- 855 la première fois que vous l'avez rencontré ?
- 870 **M1** : est-ce que nos études nous ont permis d'appréhender ce genre de problèmes ?
- Thomas** : si vous interprétez ma question comme ça, oui.
- 875 **M2** : absolument pas.
- M5** : non non non non.
- 880 **M1** : Je suis d'accord avec toi. non, on a tous une liste de médicaments
- (rires)
- Thomas** : pour les alcooliques ?
- 885 **M1, M5** : voilà.
- Thomas** : quelque part vous étiez préparés..
- 890 **M1** : non je veux dire, ça ne se résume pas à grand'chose la préparation, je veux dire, on n'a pas de préparation psychologique, sociale, on ne connaît pas les structures.. si on sait qu'il y a un service de médecine L, d'alcoologie, on sait qu'il existe
- 895 **M2** : même si on fait des soirées d'EPU là-dessus..
- M1** : je veux dire que chaque cas est tellement propre et personnel, qu'essayer de faire rentrer les gens dans une structure, dans un schéma, c'est loin d'être évident. Non, pour répondre à la question, on n'était pas préparé à ce genre de situation.
- 900 **Thomas** : d'accord.
- 905 **M5** : on est.. à toute la paperasse administrative, je reviens sur un truc que tu disais sur les invalidités. En fait, moi, un moyen de s'en tirer de la précarité financière, c'est de faire toutes sortes de dossiers, des dossiers Cotorep, des dossiers de retraite anticipée, des dossiers de tout ce que tu veux, donc j'en fais à tours de bras, pour aider les gens, simplement financièrement. Et point de vue études, moi j'étais pas du tout préparé à.. je ne savais pas faire un papier quand je me suis installé.
- 910 **Thomas** : alors on va passer aux structures auxquelles vous avez recours pour régler vos problèmes, mais juste avant, je voudrais savoir si vous avez déjà été confrontés à la problématique particulière de la précarité des patients migrants ? Est-ce que vous avez déjà vu des patients migrants ?
- 915 **M5** : qu'est-ce que vous appelez "migrants" ?
- M1** : d'autres départements (rires)..
- 920 **Cécile** : c'est le sens large justement qui inclue à la fois les primo-arrivants, mais aussi les migrants de deuxième génération, tous les patients chez lesquels vous pourriez percevoir des difficultés de prises en charge inhérentes à ce statut de migrant en fait.
- 925 **M5** : turcs
- 930 **M2** : surtout il y avait une population turque qui est venue travailler chez Michelin, chez Kléber, et donc il y avait le barrage de la langue, il y avait le barrage des coutumes, ça a pas toujours été facile de les soigner, bien qu'ils aient des salaires corrects puisqu'ils travaillaient..
- 935 **Cécile** : c'est pas le même type de difficultés
- M2** : donc c'étaient des migrants, mais qui se sont intégrés progressivement
- 940 **Thomas** : de toute façon, c'était des gens qui avaient une couverture sociale ?
- M2** : oui oui, des gens intégrés, même si les femmes restaient à l'écart, il y en a toujours qui ne parlent pas français alors qu'elles sont arrivées il y a un bout de temps..
- 945

- M5** : ah, ça change
- 950 **M2** : ça, ça change
- M5** : à Foug, les weekends, les quelques algériennes se sont regroupées et vont à l'école, tous les jours apprendre le français, c'est assez marrant, parce qu'on les voit qui débarquent au lycée, mais c'est bien, mais seulement elles ont 60 ans, c'est seulement maintenant qu'elles s'y mettent.
- 955 **M2** : c'est un peu tard
- 960 **M5** : et donc comme tu dis, il y a un barrage de culture, il y a un barrage de la langue, bon c'est pas que (?) (43'52)... parce que moi j'ai quand même, pareil c'était une usine.. j'ai des portugais, j'ai des polonais, j'ai des espagnols, des italiens, j'ai des.. enfin, il n'y a pas de vraie précarité due à ça, parce que ce sont des gens qui travaillent, donc ils ont quand même leur métier, ils ont un salaire, et des problèmes culturels ou autres ça arrive
- 965 **Cécile** : qui ne sont pas très importants pour vous dans les prises en charge.. ils ne suscitent pas des besoins particuliers..
- 970 **M5** : ben j'en ai vu un ce matin, il a quand même 75 ans, ça fait 35 ans qu'il est en France, il ne parle toujours pas bien français, alors on essaye de se comprendre, mais c'est pas toujours facile, on a un barrage de langue..
- 975 **M1** : est-ce que paradoxalement, ces gens qui sont de culture autre, ne sont pas moins exposés à la précarité du fait de leur appartenance à un groupe ?
- 980 **M5** : ils ont un soutien, entre eux.
- M1** : voilà. C'est vrai que je me demande, s'il n'y a pas moins de problèmes, ou peut-être moins manifestés
- 985 **M5** : le groupe a beaucoup de repères, beaucoup plus, tous les groupes, du Maghreb, polonais, italien, ils se serrent les coudes et ils s'entraident, ça je pense.
- M3** : de toute façon, ils se mettent tous dans le même quartier, je crois, à Toul là dans le quartier.. pas loin de chez moi là, à (?), ce sont tous les Turcs qui ont acheté les trucs du quartier à ce qu'il paraît, ils se tiennent les coudes
- 990 **Thomas** : est-ce que vous avez eu affaire à des patients qui n'avaient pas la CMU ?
- 995 **M1** : c'est rare, transitoire, je veux dire, ils l'ont rapidement, le fait d'appartenir à un groupe comme ça, le type arrive, t'as la CMU, c'est quelque chose qui se sait rapidement ça.
- 1000 **Thomas** : d'accord
- M5** : mais moi j'ai des français qui n'ont pas la CMU, et qui ne sont pas assurés
- 1005 **M1** : qui sont précaires ?
- M5** : ah oui oui
- M1** : ben parce que c'est un problème de fierté après..
- 1010 **M5** : non c'est un problème de plafond, ils sont juste au-dessus (incompréhensible) (46'03")
- 1015 **Cécile** : ça ce sont les gens qui sont juste au-dessus du seuil CMU ?
- M5** : oui
- 1020 **Cécile** : qui sont dans un état de précarité..
- M2** : oui parce qu'ils veulent vivre comme les autres, c'est leur droit, mais ils n'ont pas les moyens.
- 1025 **Thomas** : d'accord
- M5** : pour les migrants, moi j'ai très peu de migrants sans papiers, disons, j'en ai qq uns bien sûr, j'en ai eu beaucoup il y a 25 ans, il y avait beaucoup de polonais qui venaient comme ça, qui venaient travailler au black, sur le coin, maintenant ça s'est tassé..
- 1030 **Cécile** : et là vous aviez des réponses pour..
- 1035 **M5** : ah non, parce qu'ils étaient dans une situation totalement irrégulière, ils n'avaient rien, ils n'avaient plus de situation sociale, ils n'avaient rien du tout..
- Thomas** : donc la réponse c'était ?
- 1040 **M5** : je les soignais comme je pouvais et puis..
- M1** : et puis à l'époque on avait des échantillons médicaux
- 1045 **M5** : on avait des échantillons médicaux, et puis de la famille qui était là et puis..
- 1050 **M3** : au niveau CMU, je ne sais pas si vous c'est pareil, mais moi jamais un patient ne m'a demandé comment on fait pour avoir la CMU, ils savent toujours tous..
- M5** : à peu près oui..
- M3** : ils viennent toujours avec les papiers, je serais bien incapable de leur dire comment on fait.. c'est pour ça que je vous pose la question parce que..
- 1060 **M5** : mais c'est pas à nous
- M3** : c'est vrai je suis toujours surpris de voir les gens avec des papiers, des formulaires, la Cotorep, ils ont été chercher ça.. bon ..
- M5** : MDPH, c'est plus Cotorep..
- M3** : non mais au début ça
- 1070 **M1** : on ne dit plus ça oui..
- Thomas** : ok, donc ce que je vous propose c'est que maintenant on regarde un peu plus les structures. Parce que vous disiez qu'ils ont les formulaires mais apparemment des fois il faut quand même les aider dans leurs démarches administratives
- M5** : oui oui
- 1080 **Thomas** : (à **M4**) donc vous quand vous avez un problème, vous allez voir la secrétaire de la députée.. (rires)
- M4** : non moi autrement.. parce que toi tu disais qu'ils savent tout, c'est pas vrai, parce que moi j'ai beaucoup de patients qui ne savent pas comment gérer les aides qu'ils peuvent avoir, je suis obligée de leur dire, vous allez à tel endroit, voir l'assistante sociale du secteur, ou pour la CMU voir l'assistante sociale de la caisse, pour les personnes âgées, pour avoir une allocation pour personnes âgées, d'aller au conseil général et redire à tel endroit, parce que sinon ils ne savent rien
- 1085 **Thomas** : et tout le monde sait tout ça ? tous les médecins..
- 1090 **M3** : on ne peut pas.... c'est le PAIS ?
- 1095 **M4** : oui c'est le conseil général.
- M2** : il y a beaucoup d'organismes apparemment, mais on ne les connaît pas tous
- 1100 **Thomas** : (à **M4**) vous, vous les connaissez.. comment ça se fait ?

- 1105 *M1* : comment est-ce possible ? *M5* : absolument pas..
- 1105 *M4* : au fur et à mesure, de téléphoner à tel et tel endroit.. donc j'ai téléphoné au service social de Toul pour demander ça ça, "ah ben non c'est tel service, vous allez téléphoner à tel endroit.." 1185 *Thomas* : aux besoins que vous aviez identifié
- 1110 *Thomas* : d'accord, donc c'est le résultat de votre expérience.. 1190 *M5* : tout à fait
- M4* : voilà
- 1115 *M2* : c'est parce que tu habites au centre ville peut-être à Toul aussi, la proximité des centres 1195 *Thomas* : d'accord, donc vous avez quand même trouvé des gens qui étaient disponibles... à défaut d'être efficace
- M5* : (rires)
- 1120 *M1* : c'est pas la fac en tous cas 1200 *M5* : euh oui. C'est la seule fois où je les ai vus disponibles. Après quand j'en ai eu besoin, généralement, soit ils n'étaient pas là, soit l'histoire de cette femme qui présentait bien, on l'a envoyé balader parce qu'elle présentait bien, euh.. non
- (*incompréhensible*) (49'27)
- 1200 *Thomas* : donc une prise en charge que vous jugez superficielle
- M4* : tout a changé donc..
- 1205 *M5* : très, très superficielle
- 1125 *M3* : (*incompréhensible*) 1205 *Thomas* : (*aux autres*) c'est une expérience que vous partagez ?
- M4* : et puis maintenant il y a le RSA, c'est les assistantes sociales, mais ça je le sais par une assistante sociale qui était concernée
- 1205 *M4* : non non, moi non .. (*incompréhensible*) (53'09")
- 1130 *Thomas* : donc vous faites appel aux assistantes sociales (*à M5*) le moins possible ? 1205 *Thomas* : donc elles sont disponibles
- 1135 *M5* : moi le peu d'expérience que j'ai avec les assistantes sociales.. 1205 *M4* : disponibles pas toujours, mais euh.. à chaque fois j'ai eu une réponse, mais bon je n'ai pas eu de cas aussi importants...
- Thomas* : deux vous avez dit..
- 1215 *Thomas* : d'accord, vous avez toujours eu une réponse dans des délais satisfaisants, qui répondait à votre problème
- 1140 *M5* : oui donc, ça s'est toujours mal terminé, donc c'est pas la peine 1215 *M4* : oui
- Thomas* : alors pourquoi ça s'est mal terminé ? 1215 *Thomas* : et ça a été le cas aussi (*aux autres*) ?
- 1145 *M5* : ah ben si vous voulez une petite anecdote : au début où j'étais installé, il y avait une famille pareil, état précaire, sale, alcool, tabac, les gosses sales qui traînent en short dehors même en hiver, la morve tu sais, comme on voyait à l'époque, et puis donc moi j'étais alerté quand même par les voisins, les gens qui allaient un petit peu chez eux, les gosses pour manger, ils mangeaient dans la gamelle du chien, par exemple, ils étaient battus, entre autres... et puis donc un jour on a fait une réunion quand même avec les assistantes sociales, il y avait l'assistante sociale de... enfin bref ils avaient déjà tout un encadrement, et je dis "malgré tout ça, les enfants sont battus, il faut enlever les enfants" et on me dit.. je me suis pas fait insulter mais bon on m'a dit "ça ne se fait pas, c'est pas comme ça qu'on fait, vous êtes une brute, on n'enlève pas les enfants comme ça" ils l'ont fait encore.. donc moi j'ai rien dit, ils ont continué, il y avait donc un gars qui s'occupait de leurs comptes, ils avaient l'aide-ménagère qui venait tous les jours, ils avaient je ne sais plus quoi encore, enfin bref, ils étaient hyper encadrés, jusqu'au jour où on a appris qu'il y avait des incestes, il y avait des.. enfin bref ça s'est terminé par de la prison, par des choses comme ça et les enfants ont été retirés quand même, et les enfants étaient toujours mal nourris, mal habillés, malgré tout l'encadrement, donc ça c'était ma première expérience avec les assistantes sociales.
- 1220 *M2* : c'est le premier recours de toute façon
- 1225 *M2* : c'est le premier recours
- 1225 *M5* : ah non, pas pour moi
- 1230 *M2* : après ce n'est que lenteur et... enfin en général.
- 1235 *M5* : ce que je vous ai dit au départ moi j'ai la chance d'avoir une municipalité avec un service social efficace, enfin accessoirement le maire c'est quand même la vice-présidente du conseil général qui s'occupe de tout le service social du département donc, quand j'ai besoin d'une réponse, je l'envoie et c'est fait relativement rapidement
- 1160 *Thomas* : donc pour une bonne prise en charge d'un patient précaire il faut faire un peu de politique j'ai l'impression
- 1165 *M5* : ça marche, le piston marche bien
- 1170 *Thomas* : d'accord
- 1245 *Cécile* : parce qu'elle a connaissance de par son statut, elle a connaissance de toutes les structures, elle sait où il faut envoyer, donc vous avez trouvé la bonne correspondante
- 1175 *M5* : voilà, exactement
- 1250 *Thomas* : pour ceux qui ne bénéficient pas de cette structure politique... (*rires*) l'assistante sociale, ça reste le premier recours
- 1180 *Thomas* : d'accord mais ce que je veux dire c'est que les structures sociales étaient quand même là pour vous aider à prendre en charge même si l'aide n'a pas correspondu à ce.. 1255 *M1, M3* : oui oui
- 1260 *Thomas* : et le second recours c'est quoi ?
- M2* : il y a la mairie avec le CCAS
- M5* : c'est le service social oui

- 1265 **Thomas** : qui est plus ou moins performant alors.. on en retrouve dans toutes les municipalités..
M5 : il y en a qui n'en quasiment ont pas..
M2 : les petites communes, ils n'ont pas beaucoup de pouvoir
- 1270 **M5** : ils peuvent toujours délivrer des bons d'alimentation
M2 : et il faut qu'ils se réunissent aussi..
- 1275 **M5** : non, non ça c'est le CCAS
M2 : pour savoir si...
M5 : nous c'est la personne qui s'occupe du service social qui..
- 1280 **Thomas** : donc le CCAS, second recours
Cécile : et vous avez des contacts parfois avec d'autres acteurs de prise en charge, d'autres structures ou travailleurs sociaux ?
- 1285 **M3** : oui, donc le PAIS là, c'est pour quoi je ne sais plus..
M4 : c'est pour les personnes âgées..
M3 : oui, justement, ils sont précaires souvent, des personnes seules
- 1290 **M2** : et il y a des associations d'aide ménagère autrement
M5 : oui l'ADAPA..
- 1295 **M4** : oui qui nous aide aussi dans les démarches administratives..
M2 : ils nous envoient les papiers à remplir aussi
- 1300 **M5** : oui c'est assez bien ça quand même, ça marche quand même pas trop mal, même s'il y a des couacs de temps en temps, mais ça marche pas trop mal
M2 : ça c'est plus en général pour les personnes âgées quand même, ou quelquefois des mères en difficulté mais..
- 1305 **M5** : alors par contre moi j'ai un problème avec les gens qui sont en situation précaire médicale, qui reviennent chez eux, et ils ont besoin d'aide ménagère et tout ça, des jeunes..
M2 : oui qui sont jeunes, qui ne rentrent pas toujours dans les critères..
- 1310 **M5** : qui ne rentrent pas dans les critères, j'en ai une en ce moment, je ne sais pas..
Cécile : donc il n'y a pas possibilité d'assurer les aides dont elle aurait besoin ?
- 1315 **M5** : si, là pendant un mois elle a une mutuelle, donc la mutuelle faut l'appeler, pendant 3 semaines-1mois puis après je ne sais pas, il faut que je revois avec la mairie pour essayer de trouver autre chose...
Thomas : donc c'est vous qui faites les démarches ?
M5 : non, c'est pas que moi, c'est la famille mais..
Thomas : d'accord, donc c'est une personne qui est entourée quand même
- 1320 **M5** : il y a son mari qui est là, qui l'entoure, qui fait les démarches pour elle, mais il ne sait pas où aller non plus donc, c'est moi qui l'oriente un peu, de taper à droite à gauche, telle ou telle porte..
pour en revenir aux personnes âgées, on avait eu une réunion avec Mme T... ; ils devaient mettre en place.. tu sais avec une seule personne là, tu lui téléphonais, elle s'arrangeait pour t'orienter.. pour les personnes âgées..
- 1325 **Thomas** : uniquement pour les personnes âgées ?
M5 : ça devait se mettre en place ce truc-là, c'est en cours ?
M2 : c'est en cours
Cécile : un correspondant unique..?
M5 : oui, un numéro avec une correspondante unique, infirmière ou je ne sais pas,
M2 : une infirmière coordinatrice..
Thomas : joignable 24h/24 ?
M2 : non non
M5 : peut-être pas quand même... c'est du social quand même..
M2 : c'est pour gérer les urgences en fait, c'est pour faire une consultation médicale spécialisée pour les personnes âgées en vue de leur placement, c'est plus dans cette orientation-là.
M5 : en fait moi j'avais compris que c'était plus dans un débrouillage..
M2 : pluridisciplinaire
M5 : .. et orientation justement soit plutôt vers un service social, soit vers un bilan médical, soit vers..
M2 : oui, c'est pour savoir si la personne est éligible à une maison de retraite ou à des aides à domicile, entre autres..
M5 : voilà
Cécile : et ça c'est une initiative de votre groupe de travail ?
M5 : non, du GIP, du groupe qui s'occupe des personnes âgées sur le coin
M3 : AGE(??)
M5 : non non GIP c'est ça non ?
M2 : GIP ça c'est..
M5 : non , c'est P. qui s'en occupe avec F..., avec..
M2 : ça se fait d'autres départements ou dans d'autres parties de la région déjà. Il y a des expériences ailleurs..
M5 : et donc ils voudraient
Cécile : qui ont été fructueuses..
M5 : donc c'est entrain de se mettre en place, on a eu une réunion, mais ça fait un moment déjà.
M2 : oui mais ils en sont au stade où ils ont besoin de crédit et je pense que ça va délibérer en septembre je crois
Cécile : vous pensez que pour vous ça va être ..?
M5 : pour les personnes âgées oui. Si on a une personne en exercice, on peut lui téléphoner et lui demander conseil, elle nous oriente en fonction un petit peu des pathologies
Thomas : ce que vous décrivez là, c'est valable uniquement pour les problématiques que vous rencontrez pour les personnes âgées ?
M5 : ça ça sera pour les personnes âgées..
Thomas : non ce que je veux dire, la structure qui est créée oui, mais la solution, est-ce qu'elle s'applique uniquement aux personnes âgées ?
Cécile : l'intérêt que vous pouvez trouver pour les personnes âgées, est-ce que vous pouvez le trouver pour d'autres
- 1330 **M5** : il y a son mari qui est là, qui l'entoure, qui fait les démarches pour elle, mais il ne sait pas où aller non plus donc, c'est moi qui l'oriente un peu, de taper à droite à gauche, telle ou telle porte..
pour en revenir aux personnes âgées, on avait eu une réunion avec Mme T... ; ils devaient mettre en place.. tu sais avec une seule personne là, tu lui téléphonais, elle s'arrangeait pour t'orienter.. pour les personnes âgées..
- 1335 **M5** : il y a son mari qui est là, qui l'entoure, qui fait les démarches pour elle, mais il ne sait pas où aller non plus donc, c'est moi qui l'oriente un peu, de taper à droite à gauche, telle ou telle porte..
pour en revenir aux personnes âgées, on avait eu une réunion avec Mme T... ; ils devaient mettre en place.. tu sais avec une seule personne là, tu lui téléphonais, elle s'arrangeait pour t'orienter.. pour les personnes âgées..
- 1340

- 1420 finalement.. ?
M5 : d'avoir ce système-là ? oui..
- 1425 *Thomas* : vous m'avez dit que le social c'est pas des urgences, en même temps vous m'avez parlé de l'assistance sociale comme d'un système typiquement lourd..
M5 : ah oui pour être lourd, c'est lourd, c'est pas des journées, c'est des semaines.. don cil n'y a pas d'urgence d'accord, mais pour quelqu'un qui va se faire foutre à la porte, quelqu'un qui a faim, tout simplement, bon il y a la mairie qui fournit qq bons d'alimentation mais après, il faut trouver une solution, et donc là les assistantes sociales en général, ça met plusieurs semaines, voilà..
- 1430 *M5* : ah oui pour être lourd, c'est lourd, c'est pas des journées, c'est des semaines.. don cil n'y a pas d'urgence d'accord, mais pour quelqu'un qui va se faire foutre à la porte, quelqu'un qui a faim, tout simplement, bon il y a la mairie qui fournit qq bons d'alimentation mais après, il faut trouver une solution, et donc là les assistantes sociales en général, ça met plusieurs semaines, voilà..
- 1435 *Thomas* : c'est pas génial
M2 : on a une autre structure à Toul à l'hôpital St Charles, il y a une consultation pour les personnes précaires..
- 1440 *M5* : oui, une consultation médicale
M2 : une consultation médicale à laquelle on peut adresser les patients qui n'ont aucune couverture.. on peut les adresser à l'hôpital
- 1445 *M5* : voilà
Thomas : et c'est libellé comme ça "pour les personnes précaires" ?
M2 : ah oui
- 1450 *Thomas* : et donc précaire, ce sont les gens qui n'ont aucune couverture sociale
M2 : ça c'est moi qui le dis mais..
- 1455 *Thomas* : d'accord
M5 : par contre ils ne fournissent pas les médicaments
M2 : si
- 1460 *M5* si? Ils fournissent..
M3 : ah ben c'est ..
- 1465 *M5* : ben je ne sais pas
M3 : je sais pas c'est pas très logique, soit on..
M4 : si ils font les vaccins..
- 1470 *M2* : c'est la pharmacie de l'hôpital
M4 : les vaccinations, la contraception
- 1475 *M5* : sinon moi je fais des actes gratuits, c'est pareil, donc il y a les médicaments que je ne fournis pas effectivement puisqu'on n'a plus d'échantillon..
Thomas : vous m'avez donné des réponses très sociales, vous n'avez pas de réponses médicales, autres que celles que vous venez d'évoquer pour un patient..
M2 : à Nancy, ils ont MDM mais nous..
- 1480 *M5* : non.
M2 : non.
Thomas : les urgences ?
- 1485 *M2* : oui.
M1 : non je crois qu'on est à même de prendre en charge..
- 1490 *M5* : non le problème médical.. il y a juste le problème des médicaments mais sinon..
M2 : les urgences ça reste un recours, mais voilà, c'est pour les urgences..
- 1500 *Thomas* : vous ne vous trouvez jamais dans la situation où vous êtes tellement démunis que..
M5 : rarement
- 1505 *M2* : si ça m'est arrivé
M5 : exceptionnellement, c'est vraiment exceptionnel, je pense que j'arrive à me débrouiller.. du point de vue médical.
- 1510 *M4* : je ne sais pas si il y a quelqu'un qui a eu un problème d'enfant maltraité avec recours à l'hôpital, moi je n'ai pas eu le cas .. donc je pose la question..
M5 : si si moi j'en ai eu plusieurs..
- 1515 *M1* : je pense que la maltraitance est en relation avec la précarité..
M4 : oui mais de temps en temps on hospitalise pour..
- 1520 *M5* : ma remplaçante fait ça, elle l'a fait deux fois, moi j'ai pas fait comme ça, il y a l'association à Nancy pour les enfants battus, je téléphone directement
- 1525 *M1* : non moi je crois que pour le médical on n'a jamais de recours, quand il y a des gros trucs, c'est l'hôpital..
M5 : oui
- 1530 *M1* : je veux dire dans notre bobologie journalière..
M2 : on prend quelquefois prétexte à une ivresse aigue par exemple, pour hospitaliser quelqu'un oui, en espérant qu'il soit pris en charge plus que douze heures.. souvent il est renvoyé chez lui une fois dégrisé, puis voilà, on se retrouve avec le problème sur les bras
M5 : et toi tu t'en veux, parce que tu l'as hospitalisé..
- 1535 *Thomas* : ça fait déjà une petite heure qu'on parle.. ce que je vous propose, on peut faire déjà peut-être un retour sur ce que vous avez déjà dit.. si tu cautionne (à *Cécile*), je propose de donner la définition officielle, qui n'est pas forcément la bonne de la précarité, et à la lumière de cette définition qu'on revienne sur ce que vous avez dit. Je ne sais pas si ça te va ?
- 1540 *Cécile* : d'accord, voir s'il y a des rebondissements ou des choses, quand on a pas forcément réfléchi à un sujet d'emblée, ça prend du temps à se mettre en forme et.. à maturer donc vous aurez peut-être des choses à ajouter
Thomas : donc il y a une définition officielle de l'état français, plus officielle que wikipédia : "la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.."
M5 : répétez voir..
- 1545 *Thomas* : "la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.."
M5 : répétez voir..
- 1550 *Thomas* : "la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.."
M5 : répétez voir..
- 1555 *M4* : c'est vague, c'est pas tout financier, on peut être...
- 1560 *M5* : c'est au dessus des sujets qu'on a abordés, précarité intellectuelle, précarité sociale, précarité..
Thomas : exactement
- 1565 *M4* : c'est vague, c'est pas tout financier, on peut être...
- 1570 *M5* : c'est au dessus des sujets qu'on a abordés, précarité intellectuelle, précarité sociale, précarité..
Thomas : exactement
- 1575 *M4* : c'est vague, c'est pas tout financier, on peut être...

- 1580 *M5* : ... administrative..
Thomas : vous avez parlé
M5 : les gosses on a parlé, l'hygiène
- 1585 *Thomas* : finalement vous avez aussi parlé de l'âge, et du fait que ça génèrait des précarités, la solitude vous l'avez évoqué, l'isolement, vous avez parlé donc de précarité financière, sociale vous avez parlé des ouvriers. Vous avez parlé des gens qui ont un mode de vie qui n'est pas forcément lié à leurs revenus, mais qu'ils ont choisi et qui fait qu'ils sont un peu isolés, marginaux, et ça génèrait des problèmes bureaucratiques. Vous avez parlé des phénomènes de dépendance et vous avez aussi à plusieurs reprises montré que les frontières étaient poreuses, vous avez montré quand vous parliez du travail et de l'alcool, que l'un pouvait entraîner l'autre et qu'on pouvait se retrouver dans des précarités, avec un départ qui n'était pas forcément financier, des précarités qui devenaient financières et sociales..
(M5 lève le doigt :)
- 1590 *M5* : on aurait pu "alcool, addictions, drogues"
M1 : c'est pareil
M5 : c'est le même procédé, sauf que c'est en général..
- 1600 *M4* : plus jeune..
Thomas : donc de dépendance à la drogue, vous en avez vu aussi ?
- 1605 *M5* : oui.
M4 : on en suit tous..
- 1610 *M5* : oui je crois qu'on en suit tous
M4 : avec les traitements de substitution, on arrive à les refaire travailler
- 1615 *M5* : pas toujours
M4 : oh j'en ai quelques uns
- 1620 *M2* : oui ils deviennent dépendants au Subutex et ils se réintègrent..
M5 : c'est vrai !
- 1625 *M4* : ça fait partie de la démarche, en tous cas moi les substitutions, ils se remettent à chercher du travail, il faut qu'ils se réinsèrent, c'est vrai qu'ils ont l'Assedic s'ils ne travaillent pas mais il faut qu'ils reprennent un chemin social plus adapté, plus normal.
- 1630 *Cécile* : là vous n'avez pas de difficultés particulières dans vos prises en charge ?
M5 : ah si c'est difficile toujours ..
M1 : de quoi ? pour un protocole....
- 1635 *M5* : c'est difficile parce que c'est pas... c'est comme toutes les addictions, au départ ils viennent uniquement parce qu'ils sont fauchés, par exemple je vois pour la drogue, ils viennent nous voir une première fois uniquement parce qu'ils sont fauchés, qu'ils ne peuvent plus s'acheter leur héroïne, donc ils viennent nous voir pour avoir du Subutex, et puis après c'est à nous les faire rentrer progressivement, tu disais dans une démarche.. alors ça marche ou ça marche pas, ça c'est le problème des addictions, c'est pas un problème, c'est difficile parce que c'est pas..
- 1640 *Cécile* : c'est une difficulté
M5 : c'est une difficulté mais c'est notre boulot, ça prend du temps, mais c'est notre boulot
- 1645 *Cécile* : oui, et vous êtes armé pour y répondre
- 1660 *M4* : ben surtout pour le problème de la drogue, je trouve qu'il n'y a pas de structure à côté. Tout est à Nancy, il n'y a qu'une structure..
M2 : et c'est souvent saturé
- 1665 *M4* : et les gens me disent " ben on y va, on parle et puis on repart".. et rien, on a l'impression, que pour eux, ça ne sert à rien, mais comme ils viennent pour avoir la méthadone, ils jouent toujours le jeu, et puis après on fait le suivi. Après ça s'arrête.
- 1670 *Cécile* : oui, c'est restreint. Vous êtes seule, seul interlocuteur
Thomas : justement face aux difficultés que vous avez évoquées, votre façon de les surmonter, c'est de vous appuyer sur un environnement politique, les municipalités
- 1675 *M5* : en fait, on ne peut pas s'en tirer tout seul, il faut qu'on ait des aides : l'assistante sociale, la mairie, la politique, enfin bon, tout seul, non on ne peut rien faire, c'est sûr.
- 1680 *Thomas* : tout seul vous ne pouvez rien faire, mais par contre vous avez été plusieurs à quand même souligner que tout seul, vous l'étiez quand même.. face à certaines difficultés.
M5 : ah oui
M2 : on se sent tout seul face aux problèmes
M5 : oui bien sûr
- 1685 *Thomas* : parce que les structures que vous m'avez citées, ce sont des structures que vous avez été amenés à connaître mais que personne ne vous a présentées
M3 : ça c'est notre école
M5 : c'est l'expérience
M3 : sur le terrain
Thomas : l'expérience..
- 1690 *M2* : quand on est embêté avec un problème, on cherche un interlocuteur et puis voilà, on fait la démarche, nous on fait la démarche avec le patient
M5 : on frappe à différentes portes, et puis s'il y en a un qui répond, ben c'est bien
Thomas : est-ce que ça pourrait être un de vos besoins de mieux connaître ces structures ?
- 1695 *M4* : je pense oui.
M5 : bien sûr
- 1700 *M4* : oui mais c'est assez complexe et puis il n'y a pas forcément toutes les structures qu'on voudrait.. en psychiatrie, je pense à une adolescente qui fait de l'anorexie, on est désemparé, parce qu'il n'y a pas grand'chose. Il n'y a qu'une structure en France, c'est à Paris. Et le reste, il n'y a rien, ou plutôt il y a des structures, mais elles ne sont pas du tout adaptées, il y a Jeanne d'Arc mais..il y a très peu de lits pour..
- 1705 *M5* : il faut déjà qu'ils réussissent à avoir une consultation
M4 : et avoir une consultation, donc les délais sont longs et puis la prise en charge est mal faite..
Thomas : donc en creux, là aussi ce serait d'avoir des structures de proximité ?
M4 : plus adaptées, de proximité, mais dans tout, pour la drogue, les problèmes psychiatriques chez l'adolescent, si il y a un accueil à l'hôpital de jour à Toul. J'ai vu quelques affiches, mais est-ce que les ados y vont, je n'en sais rien.. donc je ne sais pas s'ils y vont. C'est anonyme..
- 1710 *Thomas* : oui bien sûr
- 1715 *Thomas* : oui bien sûr
- 1720 *Thomas* : oui bien sûr
- 1725 *Thomas* : oui bien sûr
- 1730 *Thomas* : oui bien sûr
- 1735 *Thomas* : oui bien sûr

- 1740 **M4** : et puis dans certaines pathologies comme l'anorexie, il y a le côté psychiatre, il y a la diététicienne, il y a tout une prise en charge.. malheureusement Jeanne d'Arc va fermer donc tout
- 1745 **M5** : tout va partir sur Nancy
- 1750 **M4** : sur Nancy, donc tout est entrain de fermer, il n'y a pas toujours les services adéquats pour ça
- 1755 **Thomas** : moi j'ai retenu ça aussi : vous avez une jungle de services, vous allez frapper de porte en porte et finalement la lumière, c'est cette infirmière qui centralise la demande pour les personnes âgées
- 1760 **M2** : c'est un espoir ça.
- 1765 **M5** : c'est un espoir, non c'est vrai que ça me paraît assez bien, je ne sais pas ce que ça donnera à l'usage, je ne sais pas quelles vont être les restrictions, mais si j'ai un interlocuteur à qui m'adresser et qui me dit "t'as ce problème-là, tu peux téléphoner à tel endroit" bon ok, si on me donne la solution
- 1770 **Thomas** : ça aujourd'hui, ça n'existe pas
- 1775 **M5** : non
- 1780 **Thomas** : vous avez des interlocuteurs qui vous réadressent quand vous faites (?).. ça pourrait être une façon de se détacher de la lourdeur, de la lenteur des démarches..
- 1785 **M5** : oui et non parce qu'on les fera toujours, mais au moins on perdra pas de temps à aller chercher à droite à gauche
- 1790 **M3** : il faudrait avoir des arbres décisionnels..
- 1795 **M1** : pas forcément pour les personnes âgées, voir à généraliser à l'ensemble des problèmes ..
- 1800 **M4** : pour les problèmes financiers, créer des structures adéquates, on est actuellement bloqué
- 1805 **M1** : oui mais si nous on fait bénévolement
- 1810 **Cécile** : oui donc un arbre décisionnel, c'est pour savoir un peu comment orienter en fonction des situations..
- 1815 **M2** : à quelle porte frapper en fait
- 1820 **Thomas** : donc un support d'information
- 1825 **M3** : quelle personne peut répondre aux besoins..
- 1830 **M5** : quel type de personne
- 1835 **M2** : il faudrait que ce soit un arbre décisionnel adapté à la région parce qu'il y en a des arbres décisionnels, ce sont des voies sans issue ou des numéros qui ne répondent pas
- 1840 **M3** : ...(*incompréhensible*) (1:13'05") nous on est toujours en première ligne, on est joignable 12h par jour en moyenne donc...(*incompréhensible*) je veux dire on est tout seul
- 1845 **Thomas** : donc une structure qui soit plus disponible aussi
- 1850 **Cécile** : ça rappelle un peu.. il y a un médecin qui utilisait le symbole de l'entonnoir, le médecin généraliste.. mais après vers où redistribuer..
- 1855 **Thomas** : vous avez parlé là aussi en creux, du manque de formation, je vous ai posé la question, est-ce que pour vous c'est une réponse intéressante ?
- 1860 **M5** : déjà pour les jeunes qui s'installent, moi je sais que ma remplaçante ne fait aucun papier, elle ne sait pas les faire, et puis elle n'a pas envie, elle n'en fait aucun, donc on n'est pas du tout formé, quand on s'installe, moi j'avoue que les premiers temps..
- 1865 **M2** : ils ne sont pas mieux préparés alors, (?) (1:13'58") il y a
- 1870 de plus en plus de papiers
- 1875 **M5** : enfin moi je ne sais pas je ne connais pas les études actuelles. Je sais que quand je me suis installé, je ne savais pas faire un papier correctement.
- 1880 **Thomas** : donc le complément de formation, c'est essentiellement administratif ?
- 1885 **M5** : non, je pense qu'un arbre décisionnel pour continuer un petit peu sur..
- 1890 **Thomas** : d'accord
- 1895 **M5** : dans quel type de situation, tel et tel..
- 1900 **Thomas** : donc la on parle plus d'un support de communication générique.
- 1905 **M5** : oui, parce que c'est ce qu'on disait aussi, ce qui marche ici, n'est pas la même chose à Nancy, n'est pas la même chose à Lunéville, ou je ne sais pas où, ou à Briey ou dans le pays haut, ou dans les pays miniers où ils ont des réponses quand même différentes.. donc ici, finalement, on n'a plus Jeanne d'Arc, on n'a plus rien, tout part donc on est obligé de se débrouiller, alors qu'ailleurs il y a des secteurs où ils sont mieux fournis, donc ça c'est pareil..
- 1910 **M4** : les structures sociales ont beaucoup évolué, moi quand j'ai commencé, c'était la "porte santé", c'était au niveau du département, puis il y a eu la CMU, et l'allocation pour personnes âgées, le conseil général a quand même ouvert une structure pour les PA, tout a évolué mais bon..
- 1915 **Cécile** : mais vous ne savez pas forcément, ce qu'il en est..
- 1920 **M4** : voilà, au départ, on ne sait pas, bon, et on fait ça.. et puis après on se retrouve confronté, ben oui, il faut aller.. (*incompréhensible*) (1:15'28") et nous on est en première ligne alors qu'on n'est pas informé, c'est ça que je regrette, c'est qu'il y a des structures qui se mettent en place, on est en première ligne et on ne sait pas
- 1925 **M5** : on est mal informé, on est informé quand même un petit peu, quand l'ADAPA (1:15'50") s'est mise en route, il y a eu quand même une réunion
- 1930 **M4** : mais je n'étais pas là, j'étais remplaçante
- 1935 **M5** : je ne sais plus, enfin c'était terrible.. (?)
- 1940 **Cécile** : oui, donc il y a eu une réunion à l'installation
- 1945 **M5** : on avait fait un truc sur la (?) je crois..
- 1950 **M4** : même pas
- 1955 **M5** : la grille AGGIR, je sais plus quoi, on avait fait juste une. c'était rapide
- 1960 **Cécile** : au moins pour avoir connaissance de l'existence
- 1965 **Thomas** : vous dites que c'était rapide, ce n'était pas suffisant ?
- 1970 **M5** : le problème ce que peut-être je n'ai pas été suffisamment attentif non plus
- 1975 **Thomas** : ok,, bon ben écoutez, je vous propose de conclure
- 1980 **Cécile** : oui. On a pu balayer un peu les différents points qu'on souhaite aborder au cours des entretiens.
- 1985 **M5** : est-ce qu'il y a des points que vous auriez aimé aborder ? je sais pas..?
- 1990 **Thomas** : moi je vais donner mon avis extérieur, à chaque fois, bon on a cette définition de la précarité en tête, je l'avoue, mais par contre après c'est votre expérience qui amène votre interprétation et les sujets que vous abordez et votre façon de les

1895 vivre, alors c'est vrai, je pense que l'idée de ne pas introduire de biais, elle est un peu faussée après plusieurs réunions, parce que même moi je commence à avoir des réflexes. Vous voyez les réponses que vous avez apporté en particulier sur les structures sont pas du tout les mêmes que celles des groupes précédents, parce qu'ils étaient dans des environnements différents, donc je crois qu'il n'y a pas de bonne réponse, on a abordé tous les sujets que vous jugiez importants.

1905

Cécile : voilà, nous ce qui nous intéresse vraiment, c'est justement de partir de votre expérience, donc non il n'y a pas de points.. on part vierge de toute attente, et voilà, ce qu'on espère c'est qu'on a pu balayer grosso modo les différents champs qui pour vous sont des difficultés, mais bon, ça ne peut pas être exhaustif mais c'est extrêmement riche tout ce qui se dit.

1910

Thomas : en tous cas merci

VU

NANCY, le 30 août 2011
Le Président de Thèse

NANCY, le 1^{er} septembre 2011
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur F. KOHLER

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE n°3696

NANCY, le 02/09/2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Les médecins généralistes rencontrent des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité.

Afin de définir et de mieux comprendre ces difficultés, nous avons réalisé une enquête, originale par sa double approche quantitative et qualitative, auprès des médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Les données qualitatives ont été recueillies à travers des entretiens par focus groups auprès de 28 médecins généralistes libéraux répartis en 6 groupes.

L'objectif était de mettre en évidence que les difficultés rencontrées étaient en rapport avec un manque de connaissance de la précarité et des structures médico-sociales existantes.

L'analyse des entretiens a montré que l'expérience et le travail en réseau pluridisciplinaire facilitent la prise en charge médicale des patients. L'insatisfaction que les médecins ressentent dans la prise en charge des patients précaires est apparue liée à des perceptions négatives qui sont parfois biaisées par une méconnaissance des problématiques de la précarité.

La confrontation des résultats des deux études a mis en évidence que l'accès financier aux soins constitue une difficulté majeure d'accès à la santé pour les patients précaires. Les médecins ont souligné l'importance d'une volonté politique pour pallier les inégalités sociales de santé. La formation est apparue comme un élément clé pour permettre de repérer la précarité. Afin de faciliter la relation médecin-patient, elle doit également sensibiliser aux particularités socioculturelles des uns et des autres, et aux spécificités des migrants.

Les médecins ont proposé des outils pour faciliter et améliorer les prises en charge : information sur les structures locales, développement d'un travail en réseau.

Le moins bon état de Santé des patients précaires justifie un accompagnement particulier qui nécessite du temps. Une restructuration de la pratique de la médecine générale pourrait permettre cet accompagnement.

TITRE EN ANGLAIS

A SURVEY ON THE DIFFICULTIES ENCOUNTERED BY GENERAL PRACTITIONERS OF MEURTHE-ET-MOSELLE IN THE MANAGEMENT OF PRECARIOUS PATIENTS AND PRECARIOUS MIGRANTS - Qualitative study by focus groups

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2011

MOTS CLEFS :

Précarité, Inégalités de Santé, Médecin Généraliste, Relation Médecin-Patient, Travail en Réseau Pluridisciplinaire

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY-1

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
