



HAL
open science

Observance médicamenteuse et précarité. Identification des obstacles rencontrés et des stratégies mises en oeuvre par les personnes en situation de précarité face à une prescription médicamenteuse. Étude qualitative réalisée en Meurthe-et-Moselle

Christelle Kieffer

► **To cite this version:**

Christelle Kieffer. Observance médicamenteuse et précarité. Identification des obstacles rencontrés et des stratégies mises en oeuvre par les personnes en situation de précarité face à une prescription médicamenteuse. Étude qualitative réalisée en Meurthe-et-Moselle. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. hal-01732017

HAL Id: hal-01732017

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732017v1>

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-thesesexercice-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>

2015 / 2016

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

par

Christelle KIEFFER

le

16 décembre 2015

OBSERVANCE MÉDICAMENTEUSE ET PRÉCARITÉ.

**IDENTIFICATION DES OBSTACLES RENCONTRES ET DES STRATÉGIES
MISES EN ŒUVRE PAR LES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ
FACE A UNE PRESCRIPTION MÉDICAMENTEUSE.**

ÉTUDE QUALITATIVE RÉALISÉE EN MEURTHE-ET-MOSELLE.

Examineurs de thèse :

M. le Professeur Xavier DUCROCQ		Président
M. le Professeur Pierre GILLET	}	
M. le Professeur Bruno GUERCI	}	Juges
M. le Professeur Alain AUBREGE	}	
Mme le Docteur Huguette BOISSONNAT	}	



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



FACULTÉ DE MÉDECINE
NANCY

Président de l'Université de Lorraine :

Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Universitarisation des professions paramédicales : Pr Annick BARBAUD

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY

Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François

CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-

Pierre DESCHAMPS

Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER

Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre

LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise

MONERET-VAUTRIN Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN -

Gilbert PERCEBOIS

Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - François PLENAT - Jean-Marie POLU -

Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD -

Jacques ROLAND

René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC -

Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET – Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ – Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeur Philippe HARTEMANN - Professeure Michèle KESSLER - Professeur Jacques LECLÈRE

Professeur Alain LE FAOU – Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD – Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL Professeur Michel SCHMITT – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

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

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

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médecine*)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

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

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

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD – Professeure Céline PULCINI

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} 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

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

Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUISSON – Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur
Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET – Professeur J.Y. JOUZEAU (*pharmacien*)

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP ET RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD – Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

**50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent
GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

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

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET – Professeur Edoardo CAMENZIND

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

Professeur Thierry FOLLIGUET – Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

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

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeur Athanase BENETOS

Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

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

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

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

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY – Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA – Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie (type mixte : biologique))

Docteure Anne DEBOURGOGNE (*sciences*)

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
Docteure Nelly AGRINIER

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion : option hématologique (type mixte : clinique))

Docteur Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'Urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'Urgence ; Addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)
Docteure Laure JOLY

55^{ème} Section : OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)
Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAITRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

A notre maître et président,

Monsieur le Professeur Xavier Ducrocq

Professeur de Neurologie

Nous vous remercions de l'intérêt porté à ce sujet ainsi que de l'honneur que vous nous faites d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Puissiez-vous trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect et de notre vive reconnaissance.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Pierre Gillet

Professeur en Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique et Addictologie

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 profond respect et de notre vive reconnaissance.

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Bruno Guerci

Professeur d'Endocrinologie, Diabète, et Maladies métaboliques

Vous nous faites l'honneur de siéger parmi notre jury de thèse.

Merci pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre vive reconnaissance.

A notre directeur et juge,

Monsieur le Professeur Alain Aubrège

Professeur associé de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de diriger cette thèse. Vous avez été un maître de stage exemplaire qui m'a appris à voir le patient dans sa globalité. Merci pour les connaissances que vous m'avez apportées. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude.

A notre juge,

Madame le Docteur Huguette Boissonnat

Docteur en Chirurgie Dentaire

Vous nous faites l'honneur de faire partie de notre jury de thèse. Nous vous remercions pour votre disponibilité, votre enthousiasme et les corrections minutieuses apportées à ce travail. Nous vous prions de croire en notre reconnaissance et notre gratitude la plus sincère.

Je remercie tout particulièrement les patients rencontrés en entretiens, qui m'ont accordé de leur temps et ont enrichie mon expérience personnelle et professionnelle. Ils m'ont ouvert leur intimité, leur quotidien, répondu avec courage et accueilli à bras ouverts. Je les en remercie.

Merci également aux patients ayant participé aux 14 années de focus groups. Je n'ai malheureusement pas pu tous vous rencontrer. Je vous soutien dans votre combat quotidien.

Je remercie toutes les personnes qui se sont impliquées dans ce travail, notamment Chantal Sibue de Caigny, merci pour l'aide à la mise en page et ton accompagnement au cours des 18 derniers mois. Je remercie également Alain Criton pour son aide au recrutement des patients, son enthousiasme, et ces heures passées au téléphone à converser du sujet. Merci à Philippe Plane de m'avoir « initié » à la précarité et à la prise en charge spécifique de ces patients. Et bien sûr, Huguette Boissonnat. J'espère que nous resterons en contact.

A mes parents,

Merci pour votre soutien durant toutes ces années, du concours de P1 où vous m'avez fait réviser, à l'ECN à Reims où vous m'avez accompagné et soutenu. Et puis vient l'internat, avec des moments pas toujours faciles, et la longue période de recherche d'un sujet de thèse ... il en aura fallu du temps pour trouver un sujet qui me passionne. Merci pour avoir été là dans les moments difficiles, comme les moments de joie partagés. Sans vous rien n'aurait été possible. Je vous aime.

Denise, merci d'avoir toujours cru en moi et pour tes encouragements. En réfléchissant, j'ai réalisé que mon intérêt pour la médecine est né le jour où tu m'as procuré ce cœur de bœuf pour le cours de SVT en 5^{ème}. J'ai alors pris conscience de mon attrait pour la médecine, et c'était aussi ma meilleure note de SVT ! Tu es une marraine pour moi. Merci également pour la relecture et la correction orthographique des 69812 mots qui composent cette thèse !

Oma, merci pour ton soutien tout au long de ces années.

Mémé, j'aurai voulu que tu puisses m'accompagner plus longtemps.

Matthieu, merci pour ton aide logistique.

Riad, mon mentor ! Je suis ravie d'avoir pu travailler à tes côtés. Merci d'avoir été un chef à l'écoute et merci pour ton humour ! Tu as été un chef formidable ! Merci pour ce que tu m'as appris et pour tes conseils tant personnels que professionnels encore aujourd'hui. Je suis ravie de pouvoir te compter parmi mes amis.

Jean-Marc, merci pour ce que tu m'as appris et ces bons moments passés ensemble au SAU. Tu as su être un chef très à l'écoute et disponible. Merci pour la confiance que tu m'accordes. Merci pour ton soutien durant la rédaction de la thèse.

A ces autres chefs qui ont fait de moi le médecin que je suis aujourd'hui, notamment Audrey, Brigitte, Iris, Jules, Cihan, ... Je ne vous oublie pas.

Marilyne, merci pour ton amitié depuis la P1. Merci pour ton soutien durant toutes ces années. A nos vacances ensemble, et à celles à venir ... Je te souhaite le meilleur dans ta vie personnelle et professionnelle ! Tu tiens le bon bout !

Léa, merci pour ton soutien et ton amitié depuis 9 ans maintenant. Nos parties de ping-pong et ces nombreux thés bus ensemble resteront à jamais gravés dans ma mémoire ! Je suis ravie d'avoir croisé ton chemin et j'espère qu'on gardera contact malgré la « distance ». Je te souhaite tout le bonheur du monde avec P-A !

Oana, j'ai été ravie de croiser ta route. J'ai trouvé en toi une vraie amie. A très vite à Bordeaux !

Johanna, merci pour ton accompagnement. Je te souhaite le meilleur !

A tout ceux qui m'ont soutenu de près ou de loin, encouragé, MERCI !

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 ».

I. Introduction.....	20
A. Observance thérapeutique.....	22
1. Une définition qui évolue depuis 30 ans.....	22
2. L'inobservance thérapeutique, un problème à l'échelle mondiale.....	25
3. Mesure de l'observance.....	25
4. Chiffres clés.....	31
5. L'effet du temps.....	32
6. Les modèles théoriques de l'observance.....	33
7. Les déterminants de l'observance.....	36
8. Conséquences de l'inobservance.....	44
B. Précarité, pauvreté et grande pauvreté.....	46
1. Définitions.....	46
2. La pauvreté dans le monde, en France et en Lorraine.....	50
3. Source de discrimination.....	52
4. Le mouvement ATD Quart-Monde.....	53
5. L'impact du rapport Wresinski en France et dans le monde.....	53
C. Les inégalités sociales de santé.....	54
1. Définition.....	54
2. Des déterminants multiples.....	55
3. Une progression constante de l'espérance de vie.....	56
4. De fortes inégalités sociales face à la mort qui se maintiennent.....	57
5. Des inégalités sociales qui se maintiennent.....	60
6. Des inégalités qui s'atténuent avec l'âge.....	61
7. Les actions mise en œuvre : les Agences Régionales de Santé.....	61
8. La Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé.....	63
9. Cause de renoncement aux soins.....	64
II. Etudes auprès des patients précaires.....	65
A. Les 14 années de focus groups au sein d'ATD Quart-Monde.....	65
1. Objectifs.....	65
2. Matériel et méthodes.....	65
3. Résultats.....	67
B. Les entretiens semi-dirigés.....	100
1. Objectifs.....	100
2. Matériel et méthodes.....	100
3. Résultats.....	103
C. Discussion.....	156
1. A propos de la méthode.....	156
2. Les entretiens semi-dirigés valident les résultats des focus groups.....	160
3. Observance médicamenteuse et freins à l'observance dans la population précaire.....	160
4. Une réserve par rapport aux médicaments.....	171
5. Une surconsommation médicamenteuse dénoncée.....	176

6.	Le rapport à la santé des patients précaires.....	179
7.	Le rôle majeur de la relation médecin-patient.....	180
8.	Le cas du diabète chez les patients précaires.....	185
D.	Les moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'accès aux médicaments et l'observance des patients en situation précaire. Propositions.	194
1.	Prendre en compte la précarité pour une prescription personnalisée.	194
2.	La simplification du traitement.	195
3.	Renouer le dialogue.....	198
4.	Comblent le fossé culturel et favoriser une relation de partage.....	202
5.	La distribution de piluliers pour tous les patients polymédiqués.....	203
6.	Action lors de la formation médicale.	203
7.	Favoriser la « co-formation ».	205
8.	Le rappel des traitements par les nouvelles technologies accessibles à tous ?	206
III.	Conclusion.....	208

Liste des abréviations.

AAH : Allocation Adultes Handicapés

ACSE : Agence nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des chances

ACS : Aide à l'Acquisition d'une complémentaire Santé

AER : Allocation Equivalent Retraite

AI : Allocation d'Insertion

AME : Aide Médicale d'Etat

API : Allocation Parents Isolés

ARS : Agence Régionale de Santé

ASI : Allocation Supplémentaire d'Invalidité

ASS : Allocation de Solidarité Spécifique

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BPCO : Bronchite Pulmonaire Chronique Obstructive

CDD : Contrat à Durée Déterminé

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

DCI : Dénomination Commune Internationale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation des Statistiques

FNES : Fédération Nationale d'Éducation et de promotion de la Santé

FSL : Fonds de Solidarité pour le Logement

HbA1c : Hémoglobine Glyquée

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCSP : Haut Comité de Santé Publique

HTA : Hypertension Artérielle

HLM : Habitation à Loyer Modéré

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

INPES : Institut National de Prévention et d'Education à la Santé

IREPS : Instance Nationale d'Education et de Promotion de la Santé

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

LEEM : Les Entreprises du Médicament

Loi HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PPCN : *appareil* à Pression Positive Continue Nocturne

RSA : Revenu de Solidarité Active

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance

SDF : Sans Domicile Fixe

UNESCO : United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture

UNICEF : United Nations of International Children's Emergency Fund: Fonds des Nations unies pour l'enfance

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. Introduction.

Le problème de l'observance thérapeutique est sans doute aussi vieux que la pratique de la médecine. Il y a plus de 2500 ans Hippocrate ne disait-il pas déjà : « Il faut observer les fautes des malades ; il est arrivé plus d'une fois qu'ils aient menti au sujet des choses prescrites, ne prenant pas les breuvages désagréables, soit purgatifs, soit autres remèdes, ils ont succombé ; et le fait ne s'avoue pas, mais l'inculpation est rejetée sur le médecin ». (1)

L'observance connaît un regain d'intérêt depuis les années 1970, période à laquelle D. Sackett, notamment, s'y est intéressé de plus près. Adhérer et maintenir son engagement dans la prise en charge de ses médicaments au quotidien semblent représenter un défi pour le patient chronique car la plupart du temps, la pathologie causale est asymptomatique. Alors que des millions d'euros sont investis chaque année dans la recherche médicamenteuse, 50% des patients atteints de maladies chroniques dans les pays développés ne prendraient pas correctement leurs traitements, selon un rapport publié par l'OMS en 2003. (2) L'observance pour les pathologies aiguës est moins problématique dans la population générale, car elle est rapidement symptomatique et connaît donc une meilleure adhérence. (3) Elles sont le résultat des causes nuisibles extérieures au sujet et toujours occasionnelles. Nous avons également voulu évaluer l'observance pour les pathologies aiguës chez les patients en situation de précarité.

Ce défaut d'observance est associé à une évolution péjorative de la maladie, une altération de la qualité de vie, une augmentation du risque d'hospitalisations et donc des dépenses de santé de l'état. (4) Il est alors indispensable de suivre correctement un traitement pour en retirer des bénéfices optimaux, et c'est encore plus vrai pour les maladies chroniques.

Dans un de ses rapports publié en 2003, l'OMS conclue : «Améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale ». (2)

Ceci a conduit à de nombreux travaux dans le monde entier, essayant de comprendre les raisons de l'inobservance, notamment pour les pathologies chroniques. La préoccupation pour l'observance est une réalité universelle. Ainsi, on recense plus de 16000 publications sur PubMed concernant l'observance médicamenteuse. Les déterminants de l'inobservance ont donc déjà beaucoup été étudiés, et continuent de l'être. L'étude de ce comportement de santé s'est systématisée à quasiment toutes les pathologies et à plusieurs populations notamment les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées ; mais aucune étude ne s'est intéressée aux patients en grande précarité, à leur rapport aux médicaments en général et aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer face à la prescription médicamenteuse. La précarité est reconnue comme facteur de risque d'inobservance, notamment pour des raisons financières, mais il existe des facteurs propres à cette population démunie que nous avons cherché à explorer à

travers cette étude, qui tire son originalité dans le fait de donner la parole à une population en marge de la société par le biais de deux types d'études : des focus groups menés au sein du département santé d'ATD Quart Monde et des entretiens semi-dirigés. L'objectif secondaire était d'identifier les stratégies et préconisations des patients précaires pour favoriser un accès aux médicaments favorable.

Le système de santé français est considéré comme l'un des meilleurs au monde. Pourtant, et malgré l'instauration de la Couverture maladie universelle en 2000, les inégalités sociales de santé augmentent. En France, il y a environ 4 millions de personnes qui n'ont pas d'assurance santé complémentaire. Parmi elles, plus de 30 % renoncent à des soins. (5) En conséquence, en France, les patients précaires restent encore privés de l'accès aux soins dits « non vitaux » ou encore « de confort ». En matière de santé, la nature a fait des différences que la société a transformée en inégalités.

Une meilleure connaissance des facteurs socioculturels et du rapport aux médicaments propres aux patients défavorisés, permettrait au prescripteur d'opter pour des comportements qui favoriseraient une meilleure observance, en prenant en charge le patient dans sa globalité.

A. Observance thérapeutique.

1. Une définition qui évolue depuis 30 ans.

Dans la tradition française, nous utilisons sans véritable distinction le terme d'observance thérapeutique ou celui de compliance. Sur le plan scientifique international, il n'existe pas de réelle différence terminologique entre ces deux notions (6), et pourtant ...

1.1 Compliance thérapeutique.

L'observance est la traduction du mot anglais compliance. La compliance est un terme médical anglo-saxon apparu pour la première fois en 1975, et désignait initialement l'expression de « fuite du patient » (7). Ce terme s'est progressivement imposé dans le domaine scientifique pour désigner un patient qui ne veut pas de soumettre aux prescriptions médicales. Or ce terme compliance est encore utilisé dans la littérature française, et connote une idée de soumission et de conformité à la thérapeutique prescrite par le médecin. : « to comply with » signifie se soumettre, suivre conformément. (8)

Ce mot n'existe d'ailleurs pas dans le langage français courant. Il désigne en physique la capacité d'un matériau à se déformer en fonction des pressions exercées sur lui. Il serait donc réducteur d'utiliser ce terme selon certains auteurs.

1.2 Observance thérapeutique.

Il est frappant de constater que pour le dictionnaire Le Petit Robert, y compris dans ses récentes éditions, les quatre définitions du mot « observance » sont religieuses :

- Action d'observer habituellement, de pratiquer une règle en matière religieuse ; obéissance (à la règle). Voir observation pratique « L'observance de la loi du Seigneur » (Massillon)
- Une observance : règle, loi religieuse prescrivant l'accomplissement de pratique. « Une des observances minutieuses qui commandent toute la vie juive » (Tharaud)
- Manière dont la règle est observée dans la communauté religieuse. «Un monastère cistercien de la plus rigide observance »
- Règle d'un ordre. Religieux de l'observance de Saint Benoit.

L'observance thérapeutique est une dimension comportementale et mesurable d'une pratique de soin qui consiste à suivre la thérapeutique prescrite, ce qui englobe les traitements médicamenteux, les conseils de mode de vie, et la planification de l'ensemble des soins, à savoir rendez-vous aux consultations, examens biologiques, examens d'imagerie.(8)

D. Sackett, médecin canadien, pionnier de l'Evidence Based Medecine, et R. Haynes décrivait en 1976 la non-observance thérapeutique comme l'absence d'adéquation entre les comportements des médecins et les prescriptions médicales. (9) Là encore, il existe un débat en France. Les psychologues en particulier, ont voulu rompre ce stéréotype du « bon patient » observant, et du « mauvais patient » non observant, qui refuse d'adhérer à sa thérapeutique. Ce stéréotype tend à faire de l'observance une dimension interne non soumise à des facteurs psychosociaux ou externes. L'observance est un phénomène difficilement mesurable, dont la pratique des patients oscille entre une polarité d'observance et une polarité d'inobservance. L'observance est donc dynamique dans la durée mais aussi face aux évènements de vie rencontrés par les patients au cours de leur traitement.

1.3 *Adhésion thérapeutique.*

Un autre terme a fait son apparition à la fin des années 1990, celui d'adhésion thérapeutique, issu de l'anglais « adherence ». L'adhésion fait référence à des processus intrinsèques tels que les attitudes et la motivation des patients à suivre leurs traitements. Il s'agit du degré d'acceptation du patient vis-à-vis de sa thérapeutique. Elle renvoie à une volonté et à une approbation réfléchie de l'individu à prendre en charge sa maladie. L'adhésion thérapeutique trouve sa signification dans un rapport plus médical et social, qui considère que le patient doit être partie prenante de son traitement. Il faut qu'il « adhère » à sa thérapeutique et non pas qu'il « se soumette » uniquement à sa prescription. (10)

En 2008, des médecins américains proposent une nouvelle définition : l'adhésion au traitement regrouperait trois versants : l'adhésion primaire, l'observance, et la persistance. (11)

L'adhésion primaire concerne le respect inaugural d'une prescription chez un patient nouvellement diagnostiqué. Elle peut être contrôlée par l'achat du médicament prescrit chez le pharmacien.

L'observance correspond à la manière dont le patient respecte la posologie de son traitement au jour le jour. Elle peut se mesurer par le nombre de doses prises divisé par le nombre de doses prescrites. Il faut également tenir compte de l'horaire de prise.

La persistance (« persistence » en anglais) représente la durée de prise d'un médicament et peut s'apprécier par la durée moyenne entre l'initiation et l'arrêt du traitement. C'est le caractère fondamental pour assurer l'efficacité d'un traitement.

1.4 *L'alliance thérapeutique.*

L'alliance thérapeutique est définie comme l'accord que le médecin et son patient établissent dans le choix de la stratégie thérapeutique et dans la façon dont elle va se dérouler. Cela sous-entend l'installation d'une relation de confiance basée sur la réciprocité dans laquelle le patient est réellement impliqué à la fois dans le traitement et dans le suivi. L'ordonnance qui est remise au patient est la matérialisation de ce contrat qui l'unit à son médecin. (12)

1.5 *La non-observance.*

Un patient sera considéré comme non-observant sur le plan de la prise médicamenteuse lorsqu'il prend moins de 80 % des médicaments prescrits, à l'exception des médicaments antirétroviraux du VIH pour lesquels cette norme est de moins de 95 %. (13)

La non observance prend également en compte les variations dans les modalités de prises de médicaments, avec notamment : prise d'une partie des médicaments chaque jour, oubli d'un ou plusieurs médicaments durant des périodes variables, arrêt définitif d'une ou plusieurs prises de médicaments ou, à l'inverse, surconsommation de certains médicaments, non-respect du plan de prises, adaptation des schémas d'administration en fonction par exemple des symptômes.(14)

Il est possible d'identifier plusieurs modalités d'expression des conduites d'observance qui vont de l'arrêt définitif à la prise groupée du traitement comme l'illustre ce tableau.

FIGURE 1 : Les différentes formes de la non-observance. (15)

Gradation de la non-observance	Caractéristiques
Les arrêts définitifs	Forme de non-observance la plus aiguë Comportements non observants les plus visibles : « perdus de vue »
Les arrêts « momentanés »	Comportements décidés par les patients (par exemple pendant quelques semaines) Plus difficile à mesurer pour le médecin
Les « oublis »	Comportements les plus fréquents et difficilement visibles pour le médecin La quasi-totalité des patients avoue oublier fréquemment ou occasionnellement leurs médicaments
Les « prises groupées »	Comportements moins fréquents Prise de la totalité des médicaments en une ou deux prises par jour au lieu de trois

2. L'inobservance thérapeutique, un problème à l'échelle mondiale.

Le problème de l'observance ne fera que s'amplifier à mesure que la charge des maladies chroniques va croître. Les maladies non transmissibles, notamment les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, mais aussi les troubles mentaux, le VIH et la tuberculose représentent ensemble 54 % de la charge mondiale de morbidité et cette proportion devrait dépasser 65 % d'ici 2020. (16) Dans un de ses célèbres rapports publié en 2003, l'OMS conclue : «Améliorer l'adhésion du patient à un traitement chronique devrait s'avérer plus bénéfique que n'importe quelle découverte biomédicale ». (2)

3. Mesure de l'observance.

La mesure de l'observance n'est pas chose aisée.

De nombreux travaux se sont intéressés uniquement à ce sujet. Les méthodologies de mesures varient beaucoup que ce soient la déclaration de prise de médicaments par le patient, le suivi de l'achat de médicaments, le comptage des comprimés au domicile, ou le suivi électronique des prises.

3.1. Méthodes directes.

3.1.1 La surveillance directe de la prise médicamenteuse.

Cette pratique est fiable, mais inutilisable en ambulatoire et questionnable sur le plan éthique.

3.1.2 Le décompte des comprimés restants.

Cette méthode, à priori simple, n'est pas très sensible, le patient pouvant manipuler les comprimés. De plus, elle peut installer un climat de suspicion, le patient voyant sa parole mise en doute. Un moyen simple de vérifier si le patient est observant est d'aller voir dans son armoire à pharmacie.

3.1.3 Le suivi de l'achat des médicaments.

Une action conjointe peut en effet être menée entre le médecin qui rédige l'ordonnance, et le pharmacien qui délivre les médicaments, afin de savoir si le patient est allé chercher les médicaments inscrits sur l'ordonnance. Le biais de cette méthode est qu'il ne reflète que le paramètre « achat du médicament prescrit ».

3.1.4 Le suivi électronique des prises.

Une information concrète est obtenue par l'utilisation d'un dispositif de contrôle d'ouverture pilulier électronique MEMS (Medical Event Monitor System), ou aérosol-doseur (Nebulizer Chronolog) qui permet d'enregistrer sur des semaines, la date, l'heure et le nombre d'ouvertures, sans garantir toutefois l'ingestion du comprimé. Il s'agit toutefois d'un recours onéreux, justifié pour explorer les échecs inexplicables. Il est considéré comme le « gold standard » dans les essais cliniques. (17)

3.1.5 La mesure du taux sanguin ou urinaire du médicament ou de son métabolite.

Une autre méthode onéreuse et plus « invasive » consiste en le dosage plasmatique ou urinaire du médicament antibiotique ou antiépileptique par exemple, d'un métabolite ou d'un marqueur incorporé, mais reste un recours très ponctuel et parfois infidèle. Le résultat n'est pas interprétable si l'heure de la dernière prise est imprécise, et nombre de non-observants suivent la prescription les jours qui précèdent la consultation. De plus, il existe une variabilité intra et interindividuelle des concentrations plasmatiques en médicament.

3.1.6 Les marqueurs biocliniques.

L'existence d'un marqueur bioclinique peut encore apporter un argument plus objectif, telle la fréquence cardiaque sous beta bloquant, l'uricémie sous diurétique, la rénine active sous IEC, la repolarisation ventriculaire sous digoxine ou amiodarone, l'hémoglobine glyquée sous anti-diabétique. Mais ces paramètres, s'ils donnent une idée de l'équilibre de la pathologie, ne permettent pas de préjuger de l'observance. Un diabète déséquilibré peut résulter de l'aggravation de la pathologie comme d'un défaut d'observance au traitement.

3.1.7 L'observation médicamenteuse par un tiers.

L'observation de la prise médicamenteuse par un tiers est une méthode sensible et spécifique à condition que la personne chargée de l'observation, le plus souvent un membre de la famille, soit impliquée dans le traitement du patient.

3.1.8 Le cas particulier de la télé-observance.

Depuis le 1er octobre 2013, la télé-observance est obligatoire en France pour tous les nouveaux patients traités par appareil de Pression Positive Continue Nocturne (PPCN) pour un syndrome des apnées obstructives du sommeil.

La France est donc le premier pays au monde à rendre le remboursement de traitement de l'apnée du sommeil conditionné à l'observance du patient. Ceci représente un changement fondamental dans la structure et le fonctionnement des soins à domicile en France. Plus de 500.000 patients étaient traités par appareil PPCN en France en 2013.

En effet, en connectant un modem à l'appareil PPCN, des informations sont transmises quotidiennement au prestataire de santé à domicile. La télé-observance permet au prestataire de santé de détecter si le patient a des fuites avec son masque, si le traitement est suivi et si le traitement est efficace ou non. Les données de traitement sont disponibles en ligne à tout moment pour le prestataire de santé et l'accès est sécurisé et conforme à la réglementation française. (18)

La télé-observance permet d'accompagner le patient pendant son traitement, de détecter rapidement les événements qui pourraient conduire à l'abandon du traitement et de prendre les actions correctives pour que le patient soit observant et donc traité.

3.2. Méthodes indirectes.

3.2.1 L'avis du médecin.

C'est une méthode subjective qui a l'inconvénient de reposer sur l'évaluation de la réponse thérapeutique. Un certain nombre de facteurs sont susceptibles de fausser le jugement du praticien : durées variables dans l'amélioration, échappement thérapeutique indépendant du niveau d'observance, aggravation en rapport avec des facteurs non identifiés.

3.2.2 L'interrogatoire du patient.

C'est la méthode la plus simple et la plus rapide pour évaluer l'observance thérapeutique : interroger le patient sur sa prise médicamenteuse. Cependant, elle ne doit évidemment pas apparaître comme un jugement, le patient risquant alors de se braquer. On peut par exemple

demander au patient s'il a des difficultés pour suivre son traitement, ou encore s'il est bien toléré. (3)

Ces méthodologies très différentes mènent bien évidemment à des estimations hétérogènes de l'observance qui vont varier selon la pathologie, l'âge du patient, son niveau socio-économique, la durée du traitement et bien d'autres facteurs, ce qui rend encore plus compliqué sa mesure.

Il n'existe donc aucun moyen parfait de mesure. En 2001, pour simplifier l'évaluation de l'observance thérapeutique, X. Girerd, néphrologue parisien, et son équipe ont mis au point un questionnaire standardisé simple, comprenant 6 questions, qui est un véritable test d'évaluation de l'observance, (19) facilement réalisable au cabinet de médecine générale, et que l'on retrouve également sur le site de l'Assurance Maladie. Elle implique une certaine objectivité du patient vis-à-vis de sa prise médicamenteuse. Cependant, le questionnaire a uniquement été validé pour évaluer l'observance des traitements antihypertenseurs.

FIGURE 2 : Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux. (20)

ÉVALUATION DE L'OBSERVANCE D'UN TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Respect du traitement prescrit : où en est votre patient ?

	Oui	Non
Ce matin avez-vous oublié de prendre votre traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que, certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Girerd X. et al. Évaluation de l'observance par l'interrogatoire au cours du suivi des hypertendus dans des consultations spécialisées - Arch Mal Cœur Vaiss. 2001 Aug ; 94 (8) : 839-42

Comment évaluer le niveau d'observance de votre patient ?
 Votre patient répond par oui ou par non à chacune de ces 6 questions.

- **Si votre patient répond non à toutes les questions,**
il est considéré comme un bon observant.
- **Si votre patient répond oui une ou deux fois,**
il est considéré comme non observant mineur.
- **Si votre patient répond oui trois fois ou plus,**
il est considéré comme non observant.

Ce questionnaire est également disponible sur www.ameil.fr
 espace Professionnels de santé>Médecins, rubrique Exercer au quotidien>Prescriptions>La prescription de médicaments.



**l'Assurance
Maladie**

3.3. Des méthodes discutables.

Il est impossible de mesurer l'adhésion réelle du patient, sauf à l'observer en continu, ce qui est difficile techniquement et questionnable sur le plan éthique. Les outils disponibles, directs et indirects, n'apportent que des mesures approximatives de l'adhésion.

4. Chiffres clés.

4.1. Généralités.

L'adhérence aux traitements médicaux par les patients, notamment ceux atteints de maladies chroniques, constitue un problème de santé publique majeur. L'OMS estime que l'observance pour les maladies chroniques dans les pays développés est de 50%. (2) D'une manière générale, on considère qu'un médicament prescrit sur deux serait pris. (21)

Cela engendre des conséquences en termes de morbi-mortalité importantes ainsi que des conséquences économiques non négligeables. Selon son rapport publié en 2003, l'OMS souligne qu'il se pourrait que l'amélioration de l'observance donne de meilleurs résultats sanitaires que l'avènement de nouvelles technologies. (2)

4% des médicaments prescrits ne seraient jamais achetés, et 20% des médicaments achetés ne seraient jamais pris. (22)

8.6% des patients arrêteraient précocement leur traitement car se sentent moins bien, 6.4 % parce qu'ils se sentent mieux et 7.4% parce qu'ils pensent qu'il n'est pas utile.(23)

62% des patients prendraient leurs médicaments moins souvent que prescrits, parce qu'ils oublieraient. 37% des patients sauteraient une prise parce que celle-ci ne les arrange pas ou parce qu'ils n'ont plus de médicaments. (23)

14.4% des patients consommeraient le médicament prescrit de manière irrégulière, pour l'adapter à leurs besoins : baisser la dose pour éviter des effets secondaires, ou l'augmenter, prendre le médicament que si les symptômes continuent ou s'aggravent.(23)

9% des patients ne suivraient pas correctement leur traitement relatant un manque d'informations. Dans quasiment 30 % des cas, le patient ne peut expliquer les raisons de la non-observance.(24)

4.2. Par pathologies.

On recense sur PubMed plus de 4000 articles concernant l'observance par pathologies réalisés dans le monde entier et s'intéressant à quasiment toutes les pathologies chroniques les plus courantes, notamment cardiovasculaire (hypertension artérielle, diabète, dyslipidémie, syndrome coronarien), les troubles psychiatriques (syndrome dépressif, schizophrénie, les troubles bipolaires, les troubles anxieux-généralisés), les maladies pulmonaires (asthme, BPCO), les maladies neurologiques (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, le post-AVC), la douleur en soins palliatifs, les cancers et autres leucémies, les maladies infectieuses avec notamment le VIH et la tuberculose, les maladies rhumatologiques (polyarthrite rhumatoïde, ostéoporose), les maladies digestives (notamment les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin), l'insuffisance rénale chronique (avec notamment des études sur la non-adhésion à la dialyse). En fonction des pathologies et des études, les chiffres retrouvés sont très différents.

L'OMS publie en 2003 dans son célèbre rapport *Aherence to long term-therapies. Evidence for action*, des taux d'observance médicamenteuse pour les principales maladies chroniques (en termes de fréquence et de morbi-mortalité), après analyse minutieuse de la littérature.

Concernant le diabète de type I, l'observance de l'insulinothérapie varie de 92% pour les jeunes adultes, à 53% pour les adolescents. Les chiffres varient de 15 à 85 % pour le diabète de type II. 50 à 70% d'observance pour les traitements antihypertenseurs. Concernant l'asthme, la non-observance primaire se basant sur l'inhalation de corticoïdes varierait entre 6 et 44%, et la non-observance secondaire est estimée à 28% pour le traitement d'entretien. Pour l'épilepsie, les taux varient entre 20 et 80% d'observance selon les études de l'OMS. Entre 62 et 80% d'observance pour les opioïdes dans la prise en charge de la douleur en soins palliatifs. Toujours selon l'OMS, seul 1/3 des patients suivraient correctement son traitement antirétroviral. 2/3 des patients traités par antidépresseurs tricycliques ne prendraient plus leur traitement à 6 mois. (2) En ce qui concerne le traitement du syndrome des apnées obstructives du sommeil par Pression Positive Continue Nocturne, le taux d'abandon du traitement durant la première année est de 20 à 25%, et 20 à 30% des patients feraient ensuite preuve d'observance insuffisante.(18)

5. L'effet du temps.

Pour les pathologies chroniques, le taux d'observance chute après les 6 premiers mois de traitement. (3)

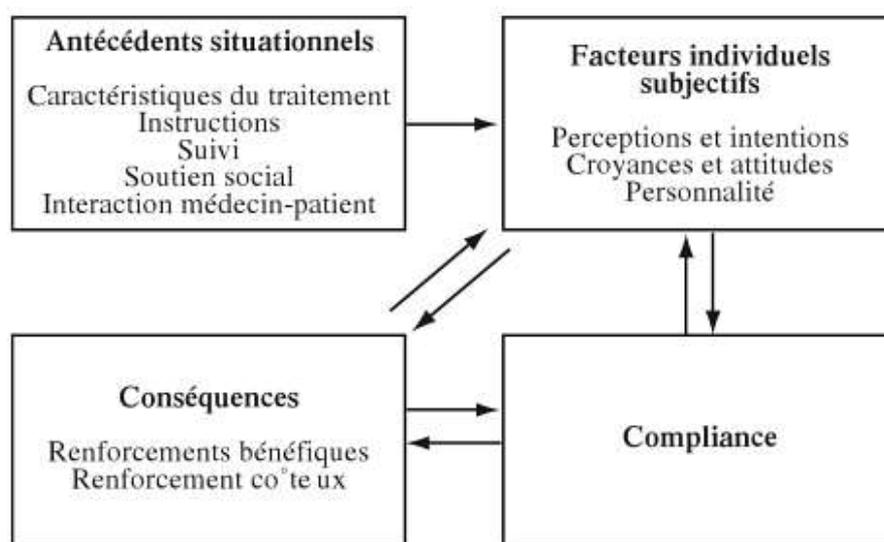
6. Les modèles théoriques de l'observance.

6.1. Le Modèle de compliance en santé.

Le Modèle de compliance en santé, Health Compliance Model (HCM), développé par Heiby et Carlston en 1986 est une version complétée d'un modèle socio comportemental explicatif de l'observance aux recommandations d'exercices physiques réguliers. Il se veut explicatif des comportements relatifs au suivi des traitements médicaux, qui est présenté comme dépendant à la fois de facteurs situationnels et des conséquences qu'impliquent pour le patient la prise des médicaments. Ces conséquences sont définies tant en termes de contexte objectif que de perception subjective de ce contexte par le patient.

Ce modèle a été le premier modèle à prendre en compte la manière dont les sujets vivent et ressentent leur observance à travers les effets que celle-ci a sur leur vie.

FIGURE 3 : Modèle de compliance en santé selon Heiby et Carlston en 1986. (15)

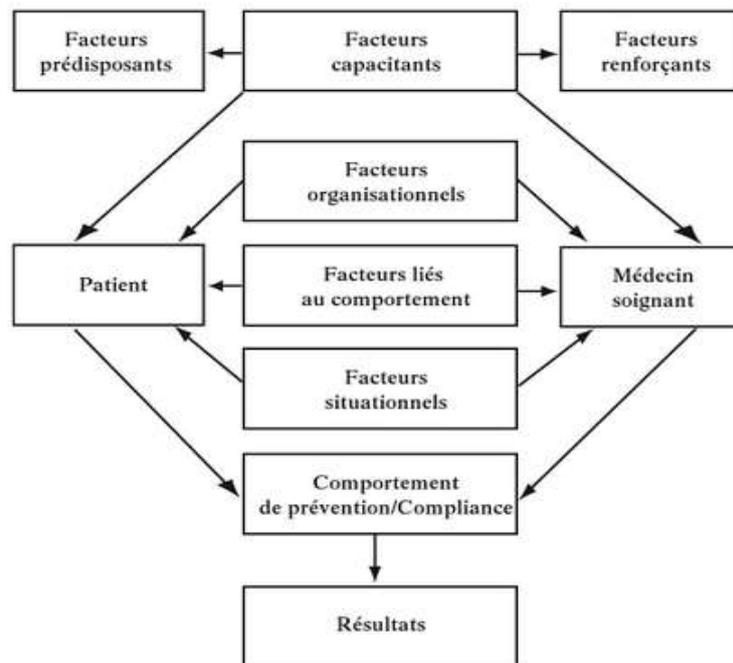


6.2. Le modèle systémique de soins préventifs.

Le modèle systémique de soins préventifs (MSSP) a été créé en 1992 par Walsh et McPhee. Il a été directement construit pour l'étude de l'observance, dans le cadre de la pratique clinique, même s'il intègre un bon nombre de paramètres issus de la prévention. Pour ses auteurs le

MSSP a la particularité de mettre en évidence les rôles respectifs du patient et du médecin dans l'émergence des conduites de prévention et d'observance. Ce modèle distingue trois catégories de facteurs (predisposants, facilitants, renforçants) et y intègre les facteurs relatifs au soignant. En outre, il ajoute des facteurs organisationnels, des facteurs liés au comportement de prévention, et des facteurs situationnels.

FIGURE 4 : Le modèle systémique de soins préventifs par Walsh et McPhee. 1992. (15)



Les facteurs prédisposants du côté des patients concernent aussi bien les caractéristiques sociodémographiques (sexe, âge, statut...) que les croyances et attitudes : croyances religieuses ou culturelles, les peurs, les motivations de l'individu, les attitudes à l'égard de la prévention, le sentiment d'auto-efficacité et de contrôle par rapport à la maladie, ainsi que la valeur accordée à la maladie.

Pour les médecins les facteurs prédisposants incluent des paramètres similaires à ceux des patients comme le sexe ou l'âge. Certains sont plus spécifiques comme les attitudes envers la prévention, la perception de son auto-efficacité, la perception qu'il a de la motivation du patient et de son niveau d'information ou encore la perception de sa propre compétence médicale et de son rôle éducatif.

Les facteurs capacitants pour le patient concernent son habileté et ses ressources par rapport à l'observance, les connaissances à sa disposition, les facteurs physiologiques propres à chaque

patient et logistiques en terme par exemple d'accessibilité matérielle aux soins (accès aux soins plus ou moins aisé, horaires...). Pour le médecin cela concerne plutôt ses compétences réelles en prévention (en éducation et formation), sa spécialité médicale, son degré d'expertise technique (médicale), sa compréhension des buts et orientations de la prévention. Cela concerne également les facteurs logistiques à sa disposition (temps, place, personnel, équipement, disponibilité de matériel éducatif).

Les facteurs renforçant sont pour les patients le soutien de l'entourage, les effets positifs du traitement comme la perte de poids ou le renforcement identitaire dont il pourra faire l'objet. Pour le médecin il s'agit de l'obtention d'effets positifs perceptibles, de la satisfaction du patient, de la qualité de la communication interprofessionnelle sur la prévention et des feedback positifs dont il sera ou non le destinataire.

En ce qui concerne les facteurs organisationnels, ils touchent à la fois le médecin et le patient et comprennent l'accessibilité aux soins et la disponibilité de services de soins et de prévention.

Les facteurs liés au comportement concernent quant à eux l'efficacité des comportements d'observance manifestés (capacité à produire l'effet attendu chez le patient). Ces facteurs touchent aussi aux effets secondaires réels ou potentiels et aux désagréments qu'ils peuvent engendrer chez le patient.

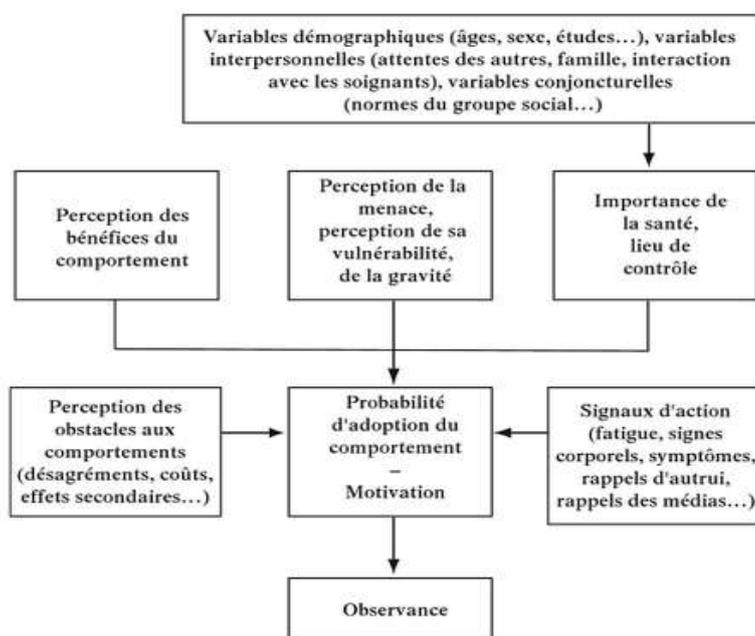
Enfin, on trouve dans ce modèle des facteurs situationnels internes (symptômes) ou externes (intervention d'autrui, rappel du médecin, informations données par les médias) qui sont autant de paramètres à prendre en compte afin d'optimiser l'observance des patients. (15)

6.3. Le modèle de prédiction des comportements de santé.

Le modèle de prédiction de comportements de santé (MPCS) a été proposé par Pender en 1975 et utilisé avec des patients ayant fait l'objet d'un pontage cardiaque. Il intègre plusieurs approches, théories et concepts isolés explicatifs de l'observance (et des comportements de santé en général). (15)

Le MPCS est un modèle qui tente un rapprochement entre des approches distinctes les unes des autres. Mais certains facteurs dont l'influence sur l'observance a été démontrée sont absents de cette tentative d'intégration. C'est le cas par exemple des intentions de comportement, du sentiment d'auto-efficacité, ou du lieu de contrôle.

FIGURE 5 : Le modèle de prédiction des comportements de santé selon Pender (1975, adapté par Richard 1988) (15)



7. Les déterminants de l'observance.

Les déterminants de l'inobservance ont déjà beaucoup été étudiés et continuent de l'être. Ils sont complexes de par leurs origines plurifactorielles. En effet, l'observance dépend de nombreux facteurs s'intriquant entre eux.

De fait, plus de 200 variables ont été étudiées en relation avec l'observance par D. Haynes notamment, en 1979, et plus de 50 de ces variables se sont révélées être des facteurs de non observance, mais il n'a pas pu être démontré qu'une seule variable ou qu'une combinaison de variables pouvait constituer le fait qu'un patient adhère ou non à son traitement. (15)

Depuis, de nombreux travaux ont aussi tenté de déterminer les facteurs d'inobservance en fonction de pathologies données, et ce pour quasiment toutes les maladies chroniques, intéressant donc tout le champ de la médecine, en passant des pathologies cardio-vasculaires, aux maladies cutanées chroniques, la psychiatrie, les maladies infectieuses comme le VIH, ou encore en fonction de classe d'âge, notamment chez les personnes âgées ainsi que les enfants et adolescents.

L'OMS a défini cinq dimensions qui affectent l'adhérence : les facteurs liés aux patients, les facteurs liés aux traitements, les facteurs liés au système de soins, les facteurs liés aux conditions socio-économiques, et les facteurs liés aux « conditions ». (2)

7.1. Facteurs liés aux patients.

7.1.1 L'âge.

Certains auteurs soutiennent qu'il n'y a aucun lien entre observance et l'âge et le sexe du patient. (15)

L'OMS souligne cependant que l'âge affecte l'adhérence, pour les âges « extrêmes ». L'observance toute pathologie confondue chez les enfants et les adolescents serait en moyenne de 58% dans les pays développés, mais plusieurs études montreraient que les adolescents sont moins observant que les enfants plus jeunes, encore « surveillés » par leurs parents. La plus faible adhérence thérapeutique des adolescents serait liée à la période de « rébellion » propre à l'adolescence et aux refus de suivre les « règles ». Par ailleurs, les patients âgés de plus de 60 ans seraient aussi à risque de moins bonne adhérence, du fait de troubles cognitifs, ou encore de pathologies fonctionnelles invalidantes. (2) Or 50% des prescriptions médicales seraient réalisées pour des patients de 60 ans, d'où un nombre important d'études essayant d'étayer les facteurs d'inobservance propre à cette population et d'en retirer des stratégies pour favoriser leur adhérence.

7.1.2 Le soutien social.

Il n'a jamais été possible d'isoler des profils psychologiques particuliers permettant d'expliquer la plus ou moins bonne observance des patients. Cependant, il semble exister un certain consensus sur le fait qu'un faible soutien social associé à une forte isolation des patients conduit à une mauvaise observance. Dans la plupart des cas, le soutien social constitue un facteur d'efficacité face à la maladie, en particulier chez les plus démunis socialement rendus plus vulnérables en raison de leur désinsertion sociale. Les inégalités sociales se prolongent donc non seulement dans la maladie, mais aussi dans les chances de rémission, en raison notamment de l'impossibilité de certains malades à faire appel à leur environnement social. (15) Ainsi, certaines situations familiales comme la séparation, le décès d'une personne proche, les familles monoparentales. (25)

7.1.3 Le système de croyance des patients.

Le système de croyance et de représentation des patients est un élément essentiel dans la compréhension des conduites d'observance, comme le sentiment d'efficacité d'un médicament. Il s'agit d'une croyance selon laquelle nous pouvons provoquer des changements grâce à nos efforts personnels. Notre façon de percevoir, nos propres capacités pour faire face aux événements et les maîtriser sont considérées comme ayant une influence sur notre manière de réagir face à la maladie. Le sentiment d'efficacité personnelle revêt ainsi un intérêt particulier dans la mesure où il permet à un individu de créer sa propre réalité, il influe sur la façon dont il la vit, ce qui se révèle essentiel dans la compréhension des comportements d'observance des patients. (15) Cette perception de contrôle potentiel, associée à une croyance dans le traitement et sa capacité à entreprendre des actions liées à la gestion des médicaments aura un impact positif sur l'adhérence médicamenteuse. Le sentiment d'efficacité personnelle se développe et se modifie tout au long de la vie à partir de quatre sources : les expériences actives de maîtrise (réussites et échecs), les expériences vicariantes (situations d'apprentissage par observation, comparaison), la persuasion verbale (feedbacks positifs, encouragements des aidants), l'importance donnée par la personne aux indicateurs physiologiques et émotionnels qui affecte son jugement sur ses capacités. (26)

7.1.4 Le « niveau d'habileté » du patient.

De même, « le niveau d'habileté » du patient concernant la réalisation de gestes techniques comme une injection d'insuline, une inhalation, couper des comprimés, réaliser une surveillance (utilisation d'un lecteur de glycémie capillaire, d'un Peak-Flow, d'un lecteur tensionnel...) pourra avoir un impact sur l'adhésion au traitement médicamenteux.

7.2 Facteurs liés aux traitements et à la maladie.

7.2.1 La « peur » des médicaments.

La « peur » des effets indésirables, de la dépendance aux médicaments, faisant basculer la balance bénéfice-risque perçue par le patient vers le risque, est corrélée à un risque de non-adhésion au traitement médicamenteux. Cette adhésion est, de plus, modulée par le vécu

« d'expériences antérieures » négatives, comme des effets indésirables gênants associés. Le manque de confiance dans les bénéfices immédiats ou futurs des médicaments auront un effet négatif sur l'adhésion au traitement médicamenteux. (26)

L'affaire MEDIATOR® a également engendré une perte de confiance dans les médicaments. Selon un rapport de l'Ordre National des Médecins, 1 patient sur 3 se méfierait des médicaments en général. (27)

7.2.2 Les contraintes liées aux traitements.

En effet, de nombreux facteurs liés au traitement lui-même constituent un frein à l'observance : le nombre total de médicaments à prendre par jour, la nécessité d'adapter les doses en fonction d'événements quotidiens, la fréquence des prises (moins de trois prises par jour facilite l'observance alors que la mono prise ne garantit pas une adhésion systématique), les contraintes de prises (voie d'administration, horaires précis, influence de l'alimentation, spécificités de stockage), le coût, le temps dédié à la gestion des médicaments (préparation, prises, injections, surveillance associée...) et la durée du traitement, sa chronicité. (26)

7.2.3 La compréhension des traitements comme facteur d'observance.

Il a été établi qu'une mauvaise observance était souvent le résultat non pas d'un manque de coopération du patient, mais d'un manque d'explication des médecins et de compréhension des patients. Le pourcentage de patients qui ne comprennent pas les conditions et les raisons de leurs prescriptions médicales varie de 5 à 53%. Or, de nombreuses études montrent que si le patient ne peut comprendre ce qui se joue à propos de sa santé lors de la consultation médicale, il ne sera pas observant. 40% de ce qui se dit pendant la consultation serait immédiatement oublié. Les médecins sont souvent démunis face à ce type de problèmes et sous-estiment trop souvent le besoin qu'ont les patients de disposer d'informations. Une bonne compréhension de la maladie et des traitements est le plus souvent positivement liée à une bonne adhérence. Observance, satisfaction du malade, capacité de rappel des informations et compréhension de qualité semblent donc interdépendantes. Il apparaît donc important que les médecins donnent à leurs patients des informations et des instructions précises (horaires, nombre de comprimés, restrictions alimentaires...), non seulement

oralement, mais aussi par écrit. Or, il est vrai que traditionnellement, la production des écrits dans le cadre des consultations est rarement destinée aux malades, mais plutôt aux autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmiers, autres soignants...), ce qui en soit est un véritable paradoxe, car toutes les informations ne peuvent être mémorisées et les données les plus essentielles pour une observance optimale sont alors inexorablement perdues. (15)

7.3 Facteurs propres à la maladie.

Les répercussions de la maladie elle-même (troubles cognitifs, de la personnalité, troubles visuels) et/ou d'autres pathologies comme la dépression et/ou comportements addictifs associés, sont susceptibles d'interférer avec les processus d'adaptation de la personne autant sur le plan cognitif, comportemental qu'émotionnel, ce qui peut expliquer l'impact sur l'adhésion thérapeutique. (26)

La perception de la gravité de la maladie est reconnue comme facteur d'observance, le déni comme facteur d'inobservance. (3)

La non adhérence thérapeutique est également d'autant plus fréquente que la pathologie est peu ou asymptomatique. (28) Comme le disait le Professeur René Leriche : « la santé c'est la vie dans le silence des organes ». Le silence des organes favorisant le déni.

7.4 Facteurs liés au système de santé.

7.4.1 La relation médecin-malade.

L'interaction entre le médecin et le patient est loin d'être secondaire. Dans la plupart des cas, un malade fait face à un professionnel de la santé qui lui est souvent étranger et dans les mains duquel il met sa santé et souvent sa vie. Une telle situation implique pour le patient de trouver *a minima* dans cette relation des éléments de type psychoaffectifs qui vont le sécuriser et le rassurer. Il a été mis en évidence que l'observance est déterminée par la satisfaction que les patients retirent de leur consultation et la façon dont les médecins interagissent et se comportent avec eux. Une relation médecin-malade de qualité est donc primordiale à une bonne observance. (2) Deux facteurs seraient d'une importance fondamentale chez le médecin: l'attitude positive envers son patient et le fait de lui montrer qu'il s'en préoccupe réellement. Tous deux seraient de nature à favoriser chez le patient un sentiment de responsabilité à l'égard de sa santé. (15)

7.4.2 L'organisation et la qualité du réseau de soin.

En effet, l'organisation du réseau de soin autour du patient prenant en compte notamment la cohérence du parcours de soins, la coordination du parcours multidisciplinaire, l'harmonisation des messages entre les soignants, le suivi personnalisé du patient par un soignant référent, et accessibilité aux différents lieux de soins, ont une influence positive sur la satisfaction, la confiance des patients et leur adhésion au traitement médicamenteux. Différents facteurs organisationnels liés aux soins ont été identifiés comme influençant l'adhésion médicamenteuse : la disponibilité des soignants à court et à long terme (un délai d'attente important pour obtenir un rendez-vous, une fréquence de rendez-vous faible, des contacts brefs, un suivi par des soignants différents) sont des facteurs corrélés à un défaut d'adhésion aux soins et plus particulièrement au traitement médicamenteux. (26)

7.5 Facteurs socioéconomiques et démographiques.

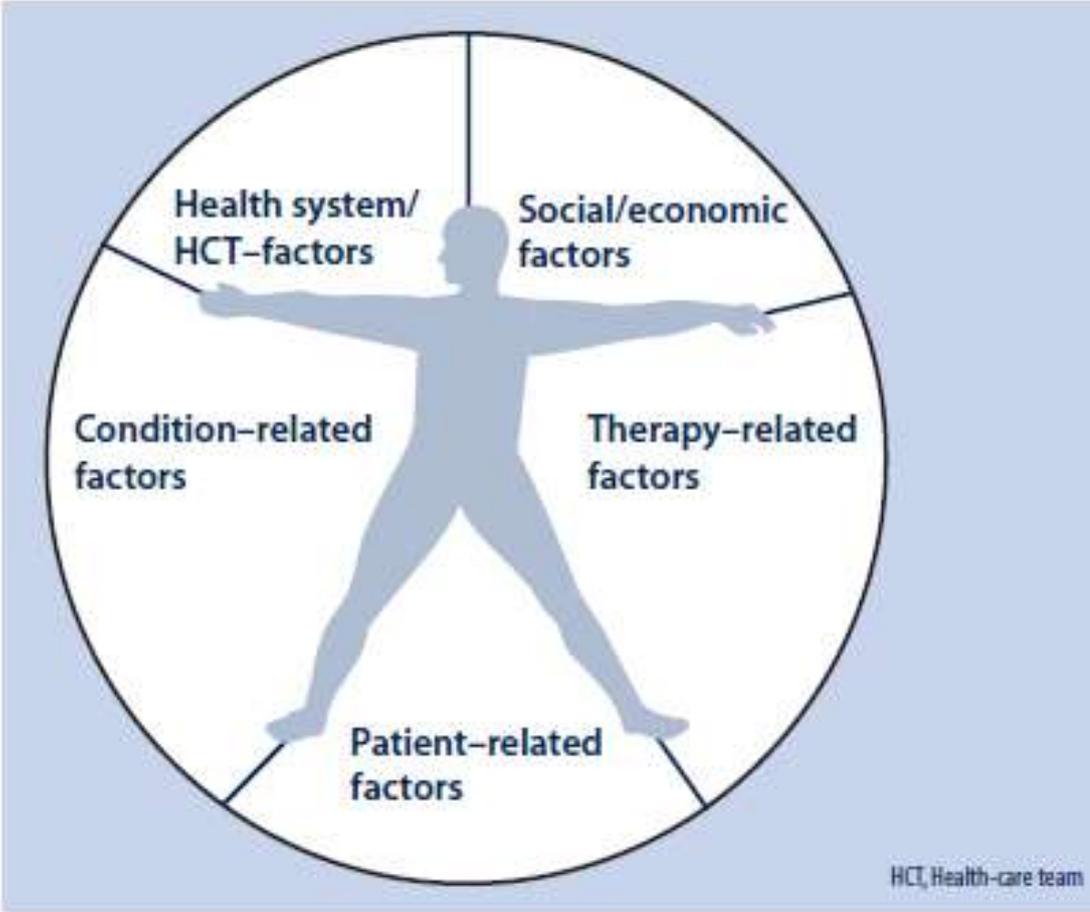
Les facteurs apportant une stabilité à la personne qu'elle soit matérielle (ressources financières, logement), humaine (famille, mariage) et/ou « sociétale » (intégration professionnelle par exemple) en ayant un impact sur les « besoins primaires » de la personne, auront des répercussions sur l'adhésion. (26)

C'est ce que confirme l'OMS en 2003 : un faible niveau socio-économique, la pauvreté, l'illettrisme, un faible niveau d'éducation, le chômage, des conditions de vie précaire, une distance importante des locaux de soins par rapport au domicile, le coût des médicaments, sont des freins reconnus à l'observance. (2)

7.6 Les facteurs liés aux "conditions".

Certains déterminants forts de l'adhésion sont ceux liés à la gravité des symptômes, le niveau de handicap (qu'il soit physique, psychologique, social ou professionnel), le niveau de progression et la gravité de la maladie. Leur impact dépend de la façon dont ils influencent la perception du risque par les patients, et l'importance de poursuivre un traitement donné. Les comorbidités, telles que la dépression, la toxicomanie ou l'abus d'alcool, sont des modificateurs importants de l'adhésion thérapeutique. (2)

FIGURE 6 : Les cinq dimensions de l'adhérence thérapeutique selon l'OMS. (2)



7.7 Tableau récapitulatif.

FIGURE 7: Tableau récapitulatif des principaux facteurs susceptibles d'influer l'observance thérapeutique. (29)

* Patient
- âge
- contraintes socio-professionnelles
- connaissances et croyances (y compris entourage)
- niveau d'anxiété et statut émotionnel (dépression)
* Maladie
- intensité des symptômes
- gravité, pronostic (?)
- durée (maladies chroniques)
- nature (maladies psychiatriques)
* Traitement
- efficacité
- tolérance (manifestations indésirables)
- galénique (taille du comprimé, ...)
- nombre de prises journalières
- durée
- comédications
- coût
* Médecin
- relation de confiance
- motivation, force de conviction
- communication (intérêt pour l'observance)
* Système de soins
- isolement relatif du médecin
- coordination entre les soignants
- dossiers médicaux électroniques («Dossier Médical Global»)
- financement en fonction des performances

Améliorer l'observance médicamenteuse des patients passe par l'identification de ces différents facteurs par les praticiens, en prenant en compte le patient dans sa globalité, et en établissant une relation médecin-patient de qualité, basée sur l'échange et la confiance.

8. Conséquences de l'inobservance.

L'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs médicaments. Elle entraîne des complications médicales et psychosociales, diminue la qualité de vie des patients, augmente la probabilité de développer des pharmaco résistances et provoque un gaspillage des ressources. (2)

8.1. Augmentation de la mortalité.

De nombreuses études ont mis en évidence l'impact négatif de la mauvaise observance sur la mortalité. Une méta-analyse de 2006, s'intéressant à différentes maladies chroniques comme le diabète, l'infection par le VIH et les pathologies cardiovasculaires, a montré qu'une bonne observance du traitement diminuait le risque de mortalité par deux. La seconde information majeure de ces études est que l'adhésion au placebo diminue également ce risque. (30) Ce dernier point laisse supposer que la bonne observance des traitements pourrait être un marqueur de « comportement sain ».

8.2. Complications et hospitalisations.

L'analyse d'un échantillon de population a démontré que la bonne observance des traitements hypocholestérolémians, antihypertenseurs et antidiabétiques, est associée à une diminution significative des hospitalisations. Chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque, il a été estimé que 64 % des exacerbations, elles même à l'origine d'un grand nombre d'hospitalisations, seraient dues à une mauvaise observance. Les pathologies psychiatriques sont aussi touchées : deux tiers des hospitalisations de schizophrènes résulteraient de la mauvaise observance aux antipsychotiques. (31)

8.3. Emergence de résistances.

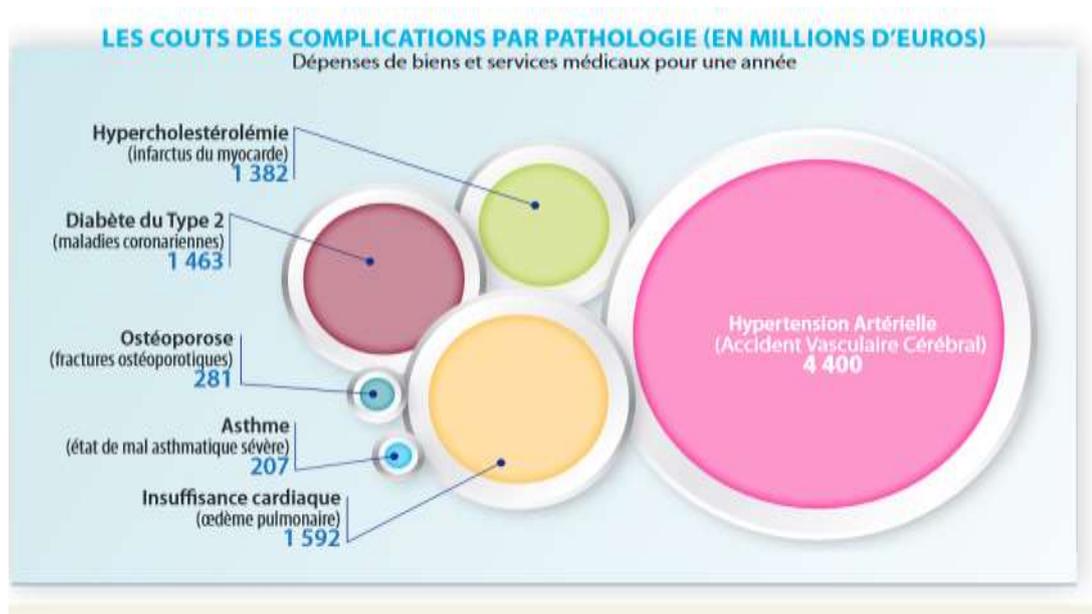
Cela concerne le VIH entre autres. En effet, une observance médicamenteuse quasi parfaite est requise afin de supprimer la réplication virale. Dans ce cas, mais aussi dans celui de nombreuses maladies infectieuses, la mauvaise observance est à l'origine de concentrations médicamenteuses plasmatiques sous optimales, favorisant l'émergence de résistances. (31)

8.4. Conséquences économiques.

La prise en charge des complications dues à une mauvaise observance représente une part importante des dépenses de santé. En France, le coût des hospitalisations entraînées par la mauvaise observance est estimé à plus près de 2 milliards d'euro pour l'Assurance Maladie avec près d'un million de journées d'hospitalisation et 8 000 décès par an dus au mauvais suivi des traitements. (32) Parallèlement, la non-observance, quand elle n'est pas identifiée, entraîne une escalade diagnostique et thérapeutique inutile, coûteuse et parfois dangereuse. À cela, on peut ajouter le coût social de médicaments achetés mais non utilisés, ainsi que pour les patients actifs, un absentéisme professionnel responsable d'un surcoût non négligeable. (31)

En France, on estime qu'une bonne observance représenterait plus de 9 milliards d'euros d'économies potentielles en une seule année pour les conséquences de six pathologies chroniques, comme l'hypertension artérielle, l'asthme, le diabète de type 2, l'ostéoporose, l'insuffisance cardiaque et l'hypercholestérolémie. (33) (34) Des montants considérables qui cachent des milliers de vies brisées.

FIGURE 8 : Le coût des complications par pathologie (en millions d'euros) en France. (34)



Comme l'a affirmé E. Sabaté en 2003, Médecin à l'OMS : « L'amélioration de l'observance ne mettra pas en péril les budgets de la santé, bien au contraire. Le respect des traitements prescrits entraînera une baisse significative des dépenses, grâce à la diminution du nombre des interventions coûteuses, comme les hospitalisations prolongées et fréquentes, les soins

d'urgence ou les soins intensifs. » L'usage rationnel des médicaments implique de bien les prescrire et ensuite de suivre scrupuleusement le traitement. (35)

B. Précarité, pauvreté et grande pauvreté.

1. Définitions.

1.1. La précarité.

1.1.1 Définition du dictionnaire.

La précarité : caractère de ce qui est précaire

Larousse 2014 : état, caractère de ce qui n'offre nulle garantie de durée, de stabilité, qui peut toujours être remis en cause

Précaire : dont l'avenir, la durée ne sont pas assurés

Synonymes : fragilité, instabilité, passager

Mots clefs allant avec précarité : pauvreté, santé et précarité, misère, chômage, exclusion, démuné.

1.1.2 Approche conceptuelle.

La notion de précarité est apparue dans les années qui ont suivi la crise économique de 1973. La précarité est une notion subjective et relative puisque définie par rapport à une « situation acceptable » au sein d'une société donnée.

La définition qui fait actuellement référence a été donnée par Joseph Wresinski, (36) fondateur du mouvement ATD Quart Monde, dans son rapport « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » paru dans le Journal Officiel en 1987.

La précarité est définie comme « *l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assurer leurs responsabilités élémentaires 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 fait référence aux incertitudes et aux aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment. Les sécurités dont il est question sont le travail, les revenus, le logement, l'accès aux soins, l'école et l'accès à l'instruction, l'accès à la culture, le lien familial, le lien social.

Cette définition sera reprise par les Nations Unies dans les rapports du conseil des Droits de l'homme. Il est important de noter qu'il y a une idée de réversibilité dans la précarité.

1.2 La pauvreté.

1.2.1 Définition du dictionnaire.

Pauvreté : état d'une personne qui manque de moyens matériels, d'argent.

C'est une insuffisance de ressources, matérielles et/ ou morales.

Larousse 2014 : état de quelqu'un qui a peu de ressources financières, peu de biens.

La définition de la pauvreté est pourtant bien plus complexe, et ne repose pas uniquement sur les ressources financières.

1.2.2 Approche conceptuelle.

Le conseil des ministres de l'Union Européenne en 1984 considère comme pauvres « *les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'Etat dans lequel elles vivent* ».

La pauvreté n'est pas uniquement un manque de ressources financières, c'est un problème multidimensionnel qui englobe l'absence des capacités de base pour vivre dans la dignité.

C'est donc sur ce caractère multidimensionnel de la pauvreté que l'accent doit être mis.

Nous proposons d'aborder la pauvreté et sa définition par cinq types d'approche : la pauvreté monétaire, la pauvreté d'existence mais aussi la pauvreté subjective, la pauvreté administrative, et cette nouvelle pauvreté, la pauvreté laborieuse.

- La pauvreté monétaire :

La pauvreté va être définie par rapport à l'argent possédé par l'individu lui-même et par comparaison aux autres individus de la société.

Une famille est dite « pauvre » si son revenu se situe sous un seuil de pauvreté défini à 60% du revenu médian. Le revenu médian est celui qui partage la population en deux moitiés : une moitié touche moins et l'autre moitié touche davantage. Dans la plupart des pays développés, la pauvreté est ainsi définie de façon relative, par rapport aux revenus de l'ensemble des habitants. Ce seuil de 60%, adopté en 2008 par l'INSEE comme seuil officiel de pauvreté, correspond assez bien à la perception que l'ensemble des Français a du moment où l'on « devient pauvre ».

Ainsi, le seuil de pauvreté vaut 741 euros mensuels pour une personne seule, 1455 euros pour un couple sans enfant, et 1948 euros pour un couple avec deux enfants. (37) Néanmoins, ce seuil masque les situations les plus graves et peut inciter à se dire : « Les pauvres ne sont pas si pauvres » ou « La pauvreté peut toucher tout le monde un jour ou l'autre » s'il suffit de descendre sous ce seuil pour devenir « pauvre ». Le taux de pauvreté persistante, mesure le nombre de personnes qui sont en situation de pauvreté monétaire à 60 % pendant trois ans consécutifs.

La pauvreté d'existence :

Elle prend en compte l'impossibilité de satisfaire des besoins dont la détermination préalable n'est pas facile. Cette approche permet cependant d'asseoir la lutte contre la pauvreté non seulement sur un dispositif d'allocations mais aussi sur le développement d'aides et de prestations en nature pour la satisfaction de droits sociaux fondamentaux.

La pauvreté subjective :

Elle prend en compte la perception par une famille ou un individu de la situation vécue. Sont pauvres non seulement ceux qui n'ont pas assez d'argent pour vivre décemment, ou ceux qui sont privés de biens d'usage ordinaire et de consommations de base, mais encore ceux qui témoignent de difficultés pour atteindre ce qui leur semble être un degré minimum d'aisance. La construction du score de conditions d'existence par le cumul des privations nécessite que l'on détermine la palette des consommations et biens adéquats, habituellement utilisés et jugés nécessaires par la majorité de la population.

La pauvreté administrative :

C'est une définition qui s'applique exclusivement aux huit minima sociaux en vigueur jusqu'au 31 mai 2009 et aux sept minima sociaux en vigueur depuis le 01 juin 2009. Le revenu de solidarité active (RSA) se substitue au revenu minimum d'insertion (RMI) et à l'allocation de parent isolé (API.) Ici la pauvreté est abordée sous l'angle exclusif de la gestion des dispositifs et prend en compte, plus particulièrement, la situation des personnes vis-à-vis de l'emploi.

Liste des minima sociaux disponibles en France depuis le 01 juin 2009: Le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation équivalent retraite (AER), l'allocation d'insertion (AI), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), les allocations du minimum vieillesse, l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

La pauvreté laborieuse :

Il s'agit de personnes ou de familles dont les revenus du travail ne permettent pas ou très difficilement de vivre dignement. Ces personnes dites « travailleurs pauvres » travaillent pour un salaire inférieur au SMIC, pour l'essentiel du fait du temps partiel et/ou des contrats précaires CDD, Intérim... .

1.3 La grande pauvreté.

On ne dispose pas vraiment de définition bien que ce vocabulaire soit régulièrement rencontré.

Selon Joseph Wresinski, « l'insécurité qui ... résulte (de la précarité) 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». (36)

La grande pauvreté apparaît alors, pour lui, définie plus comme une « conséquence » de la précarité que par une notion financière.

2. La pauvreté dans le monde, en France et en Lorraine.

2.1. La pauvreté dans le monde.

Le monde est, dans son ensemble, plus riche depuis le nouveau millénaire, mais la répartition de cette richesse est de plus en plus inégale dans chaque pays, dans chaque région et sur la planète. Selon l'UNICEF, les 500 personnes les plus riches du monde ont un revenu combiné plus important que celui des 416 millions les plus pauvres. A côté de ces extrêmes, plus d'un milliard de personnes vivent avec moins de 1 dollar par jour et environ 2.5 milliards avec moins de 2 dollars par jour, ce qui représente près de 40% de la population mondiale.

2.2. La pauvreté en France.

Selon l'INSEE, en 2012, 8 540 000 personnes ont un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté à 60 % du niveau de vie médian, soit 13,9 % de l'ensemble de la population. Ce chiffre progresse, puisqu'en 2000, le taux de pauvreté était de 13.3%.

En France métropolitaine, en 2012, le taux de pauvreté est le plus élevé dans le Nord et le Sud-Est, ainsi qu'en Seine-Saint-Denis. Le taux de pauvreté est le plus important dans les villes-centres des grandes aires urbaines, où la pauvreté touche particulièrement les familles monoparentales, les familles nombreuses et les ménages jeunes, ainsi qu'en dehors de l'influence des villes. Les inégalités de niveaux de vie à l'intérieur des régions et des départements sont souvent fortes. Elles sont les plus prononcées à Paris, dans les Hauts-de-Seine, et en Haute-Savoie, du fait d'un niveau de vie particulièrement élevé de la partie aisée de la population qui y habite. (38)

Selon un rapport de l'ONU publié en juin 2015, plus de 3 millions d'enfants vivent désormais sous le seuil de pauvreté, soit 1 enfant sur 5. Cette progression a été croissante ces dernières années, imputée à la crise économique qui touche la France, avec entre 2008 et 2012, 440.000 enfants supplémentaires qui ont plongés avec leur famille sous le seuil de pauvreté. (39)

2.3. La pauvreté en Lorraine.

- Un taux de pauvreté à 14.3%.

Selon une enquête de l'INSEE publiée en juin 2015, en 2012 en Lorraine, 327 000 personnes, soit 14,6 % de la population, vivaient sous le seuil de pauvreté monétaire, c'est-à-dire avec moins de 989 euros par mois et par unité de consommation. Le taux de pauvreté atteint 15,2 % dans la Meuse et dans les Vosges. Il est de 14,5 % en Moselle et de 14,2 % en Meurthe-et-Moselle. La Lorraine se situe au 14^{ème} rang des 22 régions.

En Lorraine, un ménage fiscal sur deux dispose de moins de 19 250 euros par an et par unité de consommation, soit moins de 1 604 euros par mois. Ce revenu disponible médian, ou niveau de vie médian, est un peu plus faible qu'en moyenne métropolitaine hors Ile-de-France. Il est plus élevé en Meurthe-et-Moselle et en Moselle que dans la Meuse ou dans les Vosges. Par ailleurs, le niveau de vie des Lorrains en situation de pauvreté est analogue à celui des personnes pauvres de province. Un ménage lorrain pauvre sur deux dispose de moins de 784 euros par unité de consommation chaque mois. (40)

La Lorraine ne fait pas partie des régions les plus inégalitaires. L'indicateur de dispersion S80/S20, qui rapporte le total des revenus perçus par les 20 % de la population aux revenus les plus importants au total des revenus des 20 % de la population aux revenus les plus faibles, est comparable en Lorraine et sur l'ensemble de la France métropolitaine hors Île-de-France.

FIGURE 9 : Le niveau de vie médian est de 19 250 euros en Lorraine en 2012. INSEE. (40)

	Niveau de vie médian (€)	Taux de pauvreté (%)	Indicateur de dispersion S80/S20
Meurthe-et-Moselle	19 620	14,2	4,1
Meuse	18 610	15,2	3,7
Moselle	19 490	14,5	4,2
Vosges	18 400	15,2	3,7
Lorraine	19 250	14,6	4,1
France de province	19 400	14,1	4,1
France métropolitaine	19 790	14,3	4,5

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal 2012

- Des inégalités fortes au sein des grands pôles urbains.

En Lorraine, au sein des grands pôles urbains, 17,4 % de la population vit sous le seuil de pauvreté contre seulement 8,4 % dans les couronnes. Dans les grands pôles urbains, les inégalités de niveaux de vie sont marquées. On y trouve à la fois des quartiers où les revenus sont faibles et où la pauvreté est assez présente, notamment les quartiers prioritaires de la politique de la ville, et des communes aisées en banlieue. Dans les villes-centres, les taux de pauvreté sont parmi les plus forts (21,0 %). Ainsi, une personne pauvre sur deux dispose de moins de 774 euros par mois par unité de consommation. (40)

- Les jeunes et les familles monoparentales sont les plus touchés.

En Lorraine, dans l'ensemble des ménages dont le référent fiscal a moins de 30 ans, une personne sur quatre est pauvre. Les jeunes sont de plus en plus fragilisés par une grande difficulté d'accès à l'emploi et au logement. Ils sont plus durement touchés par le chômage et la précarisation de l'emploi, et sont ainsi davantage exposés à la pauvreté.

Près de 14 % des ménages sont des familles monoparentales en Lorraine. Elles n'ont qu'une seule source de revenu et sont plus souvent sans emploi que les couples. La moitié des familles monoparentales vivent avec un revenu disponible inférieur à 14 700 euros par unité de consommation et par an, soit 1 225 euros par mois. En Lorraine, le revenu médian par unité de consommation des familles monoparentales est un peu plus faible qu'au niveau de la France de province (14 735 euros), et le taux de pauvreté un peu plus élevé (32,5 % contre 31,4 % en France métropolitaine, hors Ile-de-France). (40)

3. Source de discrimination.

La pauvreté est ressentie comme une double peine : la précarité matérielle se renforce d'une stigmatisation. Des enfants interdits de cantine parce que les parents sont chômeurs, des médecins qui n'accordent pas de rendez-vous à des malades parce qu'ils sont CMU, des Curriculum Vitae ignorés parce que le postulant vit dans un centre d'hébergement... Etre pauvre en France est une réelle source de discrimination.

L'article 1^{er} de la Constitution française s'élève contre toute forme de discrimination : « La France (...) assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion ». Aujourd'hui la loi retient vingt critères de discrimination. « Comment expliquer que l'on a un mot pour le sexisme, un autre pour le racisme et que l'on n'en a pas pour le rejet des personnes en situation de pauvreté ? » interpelle Djaouida Séhili, co-responsable « Egalité, inégalité et discriminations » à l'Université Lyon 2. (41)

L'opinion publique est pourtant prête à reconnaître cette discrimination, comme le prouve l'incroyable succès du livre « En finir avec les idées fausses sur les pauvres et la pauvreté » aux éditions Quart-Monde, vendus à plus de 600.000 exemplaires.

L'action des pouvoirs publics : une avancée en juin 2015.

Le 18 juin 2015, le Sénat a étudié et accepté en première lecture la proposition de M. Yannick Vaugrenard d'introduire un 21^{ème} critère de discrimination, celui de la discrimination pour précarité sociale. (42) Une première étape vers un changement de regard sur les personnes en situation de pauvreté dans notre société.

4. Le mouvement ATD Quart-Monde.

Le Mouvement ATD (Agir Tous Pour la Dignité) Quart Monde, a été créé en 1957 par le père Joseph Wresinski, prêtre dans un bidonville de la région parisienne, avec des familles y vivant. Il lutte pour les droits de l'Homme, avec pour objectif l'éradication de l'extrême pauvreté, et comme principe fondateur que ceux qui subissent cette situation doivent être les premiers acteurs de leur propre promotion. Il fait appel à l'engagement de chaque citoyen bénévole pour transformer les mentalités et poser des actes concrets de solidarité. Il propose aussi d'en faire un engagement durable, en devenant volontaire-permanent du Mouvement.

Aujourd'hui présent dans une trentaine de pays au niveau de l'action, et une centaine par le biais de correspondants, ATD Quart Monde travaille tant sur le terrain, au niveau national et international, que dans diverses instances pouvant apporter leur soutien, mais aussi dans les organismes gouvernementaux, en vue de faire adopter des lois sur les différents sujets de société, et bien sûr de veiller à leur application. (43)

5. L'impact du rapport Wresinski en France et dans le monde.

Le rapport Wresinski « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » a fêté ses 25 ans en 2012. (44) Il est paru au Journal Officiel en 1987.

Il a permis la mise en place de la loi instaurant le RMI en 1988. Bon nombre d'autres réformes législatives intervenues dans les années 1990 se situent dans la continuité des propositions du rapport Wresinski. On peut notamment mentionner les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS), issues de la loi d'orientation de 1998, qui réaffirment le droit des plus pauvres à

être soignés dans le droit commun et non dans des dispensaires spécifiques, la loi Besson du 31 mai 1990 qui instaure les Fonds Solidarité Logement (FSL) et renforce le financement de l'habitat adapté, ou encore la création de la Couverture maladie universelle (CMU) en 1999, et enfin la loi relative à la Solidarité et au renouvellement urbain en 2000.

Au fil des années 2000, le corpus législatif français a continué à progresser dans l'affirmation des droits des personnes les plus vulnérables. Les parents ayant des enfants placés par le juge obtiennent par décret en 2002 l'accès au dossier judiciaire. Dans le même esprit, la loi du 5 mars 2007 sur la protection de l'enfance fait obligation aux conseils généraux de proposer, sauf urgence manifeste, une mesure d'action éducative avant de saisir le juge des enfants en vue d'une mesure judiciaire. Enfin, le Droit opposable au logement fait de l'Etat le garant juridique de l'accès effectif au logement.

Au niveau international, le rapport Wresinski a influencé plusieurs institutions, telles que le Conseil de l'Europe, l'Union européenne, l'Organisation des Nations Unies, l'UNICEF ou l'UNESCO. Dans la réforme de la Charte sociale du Conseil de l'Europe, l'adoption de deux nouveaux droits, l'article 30 qui proclame le droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale, et l'article 31 qui proclame le droit au logement, sont directement inspirés du rapport Wresinski.

Au-delà des modifications législatives, le rapport Wresinski a été le début de la mobilisation des différents partenaires de la société civile organisée.

C. Les inégalités sociales de santé.

Dans un de ses rapports en 2008, l'OMS affirme que « Réduire les inégalités sociales de santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue à grande échelle. » (45)

1. Définition.

Comme le rappelait en 2001 le Plan national d'éducation pour la santé, le système de soins français est, selon l'Organisation mondiale de la santé, l'un des meilleurs au monde. Les Français bénéficient également de la plus longue espérance de vie à la naissance après les Japonais. Pourtant, derrière ces chiffres flatteurs, se cache une réalité plus contrastée, avec l'existence de nombreuses disparités. Le « French paradox ». (46)

Les inégalités sociales de santé sont une réalité en France. Elles sont définies comme des différences existant dans le domaine de la santé entre les différents groupes sociaux. Il existe

des inégalités de santé liés à des facteurs individuels, non modifiables, comme l'âge, le sexe, les facteurs génétiques. A côté de ça, il existe des inégalités de santé en rapport avec des déterminants multiples, trouvant leur origine dans le contexte politique et socioéconomique.

En matière de santé, la nature a fait des différences que la société a transformées en inégalités. La santé ne ressort pas que d'inégalités naturelles (génétiques) fondées sur une irréductible disparité biologique entre les êtres humains. Nos sociétés présentent une structuration sociale hiérarchisée, à l'origine d'inégalités sociales de santé. Ces inégalités s'expriment par des différences d'état de santé mesurables entre les groupes sociaux. Elles traversent l'ensemble de la population française selon un gradient qui suit la hiérarchie sociale. Ce gradient social persiste après avoir pris en compte l'exposition individuelle aux facteurs de risques comportementaux et professionnels (ainsi que la survenue d'accidents, l'incidence et le pronostic de la plupart des pathologies, les handicaps, les modalités de prise en charge, l'accès aux programmes de dépistage et de prévention).

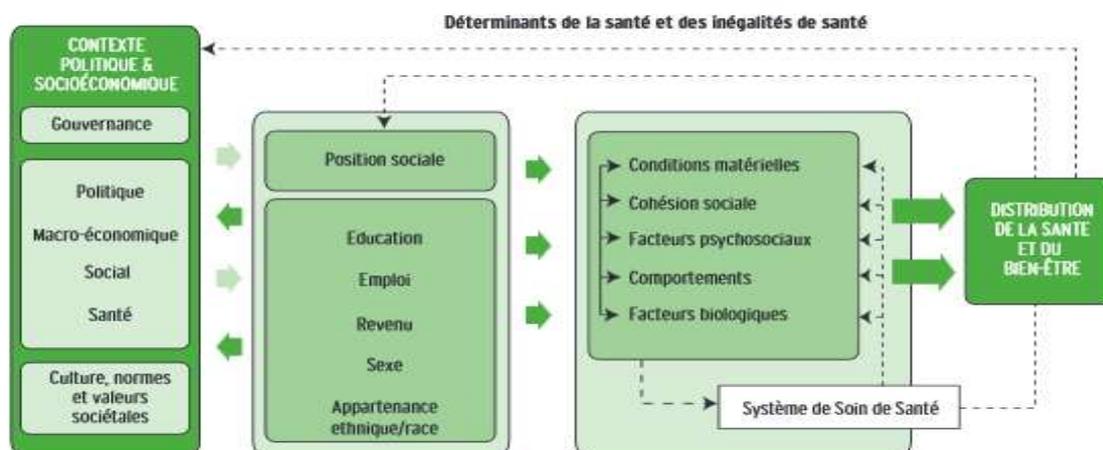
2. Des déterminants multiples.

Plusieurs déterminants des inégalités sociales de santé ont été mis en évidence ;

- Les déterminants structurels, liés au contexte politique et économique d'un pays.
- Les déterminants intermédiaires, liés aux facteurs individuels d'ordre matériel, psychosocial, comportemental ou biologique. (47)

Les éléments à prendre en compte pour les conditions matérielles sont le logement, la qualité du quartier, la consommation potentielle (c'est-à-dire les moyens d'acheter des aliments sains, des vêtements chauds ...), l'environnement physique du travail ; les facteurs psychosociaux renvoient au stress des conditions de vie et de travail, aux liens sociaux ; les comportements concernent la nutrition, les addictions (alcool, tabac, stupéfiants ...), l'activité physique, le dépistage.

FIGURE 10 : Déterminants de la santé et des inégalités de santé. Schéma simplifié inspiré de Solar et Irwin. 2007. (48)



3. Une progression constante de l'espérance de vie.

L'espérance de vie n'a cessé de croître au cours des dernières décennies. Cependant, elle s'est principalement produite en faveur des personnes socio économiquement favorisées, comme l'illustre, le tableau de l'INSEE représentant l'espérance de vie à 35 ans par sexe et par catégorie sociale. (49)

FIGURE 11 : Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégories sociale en France. INSEE, 2011.(49)

Tableau 1 - Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégorie sociale

	Cadres	Professions intermédiaires	Agriculteurs	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Employés	Ouvriers	Inactifs non retraités	Ensemble	Écart cadres-ouvriers
Homme									
1976-1984	41,7	40,5	40,3	39,6	37,2	35,7	27,7	37,8	6,0
1983-1991	43,7	41,6	41,7	41,0	38,6	37,3	27,5	39,2	6,4
1991-1999	45,8	43,0	43,6	43,1	40,1	38,8	28,4	40,8	7,0
2000-2008	47,2	45,1	44,6	44,8	42,3	40,9	30,4	42,8	6,3
Écart 2000-2008 et 1976-1984	5,5	4,6	4,3	5,2	5,1	5,2	2,7	5,0	
Femme									
1976-1984	47,5	46,4	45,7	46,0	45,6	44,4	44,3	45,0	3,1
1983-1991	49,7	48,1	46,8	47,4	47,4	46,3	45,4	46,4	3,4
1991-1999	49,8	49,5	48,8	48,8	48,7	47,2	47,1	48,0	2,6
2000-2008	51,7	51,2	49,6	50,3	49,9	48,7	47,0	49,4	3,0
Écart 2000-2008 et 1976-1984	4,2	4,8	3,9	4,3	4,3	4,3	2,7	4,4	

Toujours selon une enquête réalisée par l'INSEE en 2011, les hommes de 35 ans ont gagné 5 années d'espérance de vie en un quart de siècle, et les femmes 4.4 ans. Toutes les catégories socio-professionnelles ont profité de ce progrès, mais les écarts entre cadres et ouvriers persistent. (49)

4. De fortes inégalités sociales face à la mort qui se maintiennent.

4.1. Des inégalités liées au niveau socio-économique.

Comme l'illustre le tableau de l'INSEE, l'espérance de vie d'un homme cadre de 35 ans est de 47 ans contre 41 ans pour un ouvrier et seulement 30 ans pour les inactifs non retraités. L'écart est moins marqué chez les femmes, puisque les femmes cadres de 35 ans peuvent encore espérer vivre 52 ans, alors que les femmes ouvrières 49 ans. 47 ans pour les femmes inactives non retraitées.

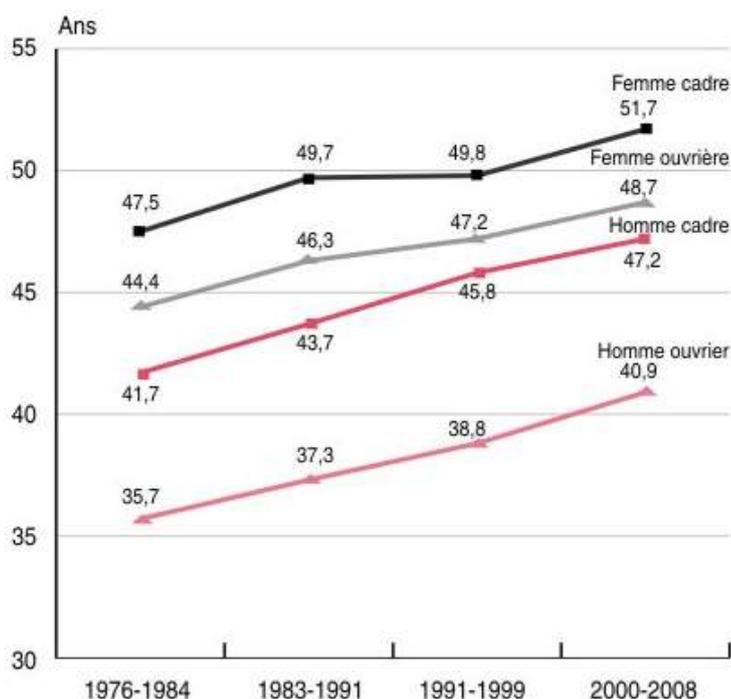
Par ailleurs, les cadres qu'ils soient hommes ou femmes ont une espérance de vie sans incapacité plus longue que les ouvriers d'après une étude basée sur l'échantillon démographique permanent et l'enquête sur la santé et les soins médicaux de 2003.

Ces écarts d'espérance de vie observés par l'INSEE illustrent bien les inégalités sociales face à la mort, mais il s'agit d'une moyenne qui ne met pas en évidence le risque de mourir précocement par exemple. Pour les hommes comme pour les femmes, ce risque est plus élevé pour les ouvriers que pour les cadres. Un homme de 35 ans, soumis toute sa vie aux conditions de mortalité de 2000-2008, a 13 % de risque de mourir avant 60 ans s'il est ouvrier, contre 6 % s'il est cadre (respectivement 5 % et 3 % pour une femme). De même, il a 27 % de risque de mourir avant 70 ans s'il est ouvrier et 13 % s'il est cadre (respectivement 11 % et 7 % pour une femme). Enfin, parmi les hommes, un ouvrier sur deux n'atteindrait pas 80 ans, contre un cadre sur trois. Ceci s'explique en partie par la nature même des professions. Les cadres ont en effet moins d'accident, de maladie ou d'expositions professionnelles que les ouvriers. Sont également impliqués les déterminants intermédiaires cités plus haut, avec un mode de vie plus souvent à risque. (49)

4.2. Des inégalités liées au sexe.

Quelle que soit leur classe socio-professionnelle, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. En effet, toujours selon l'INSEE, les femmes ouvrières vivent en moyenne 1.5 année de plus que les hommes cadres, les plus « favorisés ». D'après l'enquête Handicap-Santé réalisée en 2008, cela s'expliquerait par des comportements moins à risque. En effet, elles consommeraient moins d'alcool et de tabac, et bénéficieraient d'un meilleur suivi médical avant 60 ans, notamment pendant la vie féconde. Cependant, leur espérance de vie sans incapacité est plus faible, selon une étude basée sur des données de 2003. Les femmes cadres quant à elles, vivent en moyenne 4.5 années de plus qu'un homme cadre. (49)

FIGURE 12 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers En France. INSEE, 2008. (49)

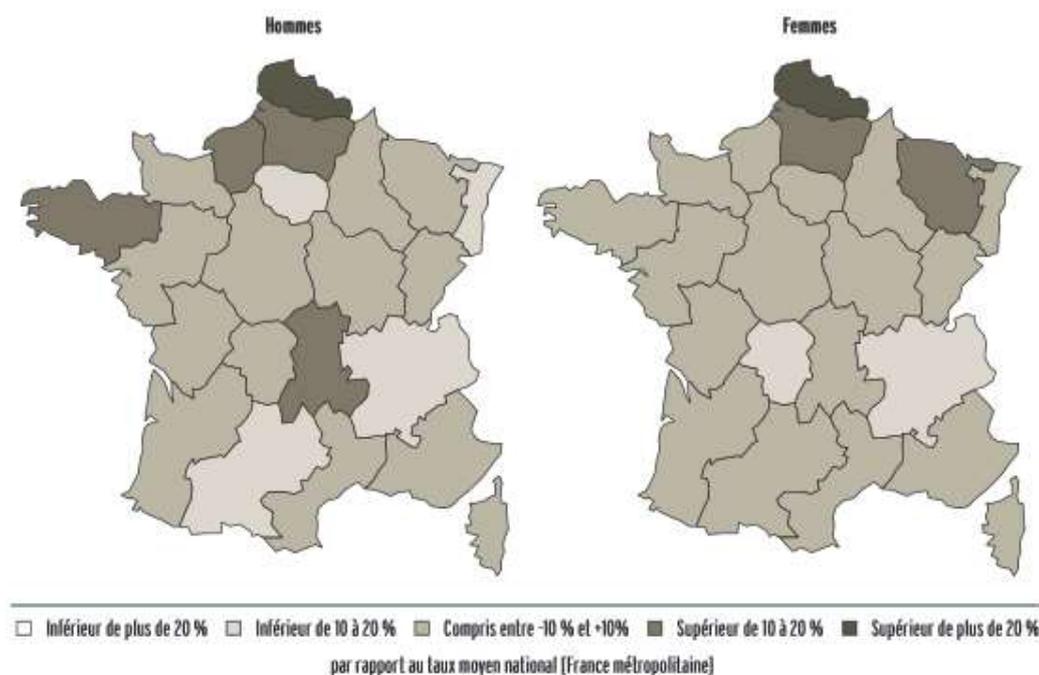


4.3. Des inégalités géographiques.

Par ailleurs au sein d'un même pays, il existe des disparités régionales ; en France, il existe un gradient Nord-Sud en défaveur du Nord, selon une enquête de l'INPES publiée en 2007.

Ce gradient était plus marqué pour les hommes dont l'espérance de vie variait en 2004 entre 73,6 ans dans le Nord-Pas-de-Calais et 78,4 ans en Île-de-France, juste avant les régions Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes et PACA. Il est moins net pour les femmes et l'amplitude des variations était également moindre : de 81,8 ans dans le Nord-Pas-de-Calais à 84,5 ans en Rhône-Alpes et en Île-de-France. (50)

FIGURE 13 : Taux standardisés de mortalité prématurée en pourcentage de variation par rapport au taux en France métropolitaine pour les hommes et les femmes en 2004 selon la DREES. (50)



Par ailleurs, il existe des disparités à l'échelle infra-régionale.

Au sein de l'Île-de-France, les inégalités de santé mesurées par un indicateur très général comme l'espérance de vie à la naissance sont considérables. Les Franciliens vivent en moyenne un peu plus longtemps que les Français mais cette situation sanitaire globalement favorable est très inégalement partagée dans la région. La sous-mortalité francilienne recouvre, en effet, de fortes disparités départementales qui partagent la région entre une partie sud-ouest

incluant Paris, largement favorisée, et une partie nord-est qui l'est beaucoup moins en termes de mortalité. Pour les hommes comme pour les femmes, les espérances de vie les plus élevées sont observées dans les Hauts-de-Seine, à Paris et dans les Yvelines, tandis que les moins élevées sont observées dans le Val-d'Oise, en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis. En 2006, le département de Seine-Saint-Denis est le seul département francilien où l'espérance de vie est inférieure à la moyenne nationale aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Dans ce département, l'espérance de vie des hommes est inférieure de 2,5 ans à celle des hommes des Hauts-de-Seine et l'espérance de vie des femmes est inférieure de 2,1 ans à celle des femmes des Hauts-de-Seine.(51)

5. Des inégalités sociales qui se maintiennent.

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, les inégalités sociales de santé ont eu tendance à se creuser au cours des dernières années.

En effet les écarts d'espérance de vie entre ouvriers et cadres masculins se sont légèrement accrus puisque entre les périodes 1976-1984 et 2000-2008, les hommes cadres ont gagné 5.5 années d'espérance de vie contre 5.2 pour les hommes ouvriers, ce qui fait un gain de 0.3 années d'espérance de vie en plus pour les hommes cadres.

La tendance bascule très discrètement dans l'autre sens chez les femmes, puisque pour ces mêmes périodes, les femmes ouvrières ont gagné 0.1 année d'espérance de vie en plus par rapport aux femmes cadres.

Les inégalités sociales de mortalité sont plus importantes en France que dans d'autres pays d'Europe, particulièrement pour les hommes et elles ont eu tendance à s'accroître ces dernières années. Il s'y ajoute des inégalités dans la qualité de vie, conséquences de diverses incapacités. Il existe donc une « double injustice », portant sur la durée de vie, mais aussi sur les conditions de celle-ci. Les inégalités concernent la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé. Au début des années 90, la part due au cancer dans les inégalités atteignait presque 40% chez les hommes âgés de 30 à 64 ans.

Les personnes en situation précaire cumulent les facteurs de risque et les maladies et présentent des pathologies à un stade plus avancé que les autres. (52)

6. Des inégalités qui s'atténuent avec l'âge.

De fait, avec l'avancée en âge, les différences de mortalité entre les cadres et les ouvriers s'atténuent : à 45 ans, le risque de mourir dans l'année est 2,5 fois plus fort pour un homme ouvrier que pour un cadre. A 90 ans, ce risque n'est plus que 1,4 fois plus important.

Il en va de même chez les femmes : à 45 ans, le risque est 2 fois plus grand ; à 90 ans, il l'est 1,3 fois plus.

Les inégalités sociales sont donc plus marquées chez les plus jeunes. En effet, 90 ans après la naissance, les personnes les plus fragiles et les plus exposées sont décédées. De plus, il n'y a plus d'accidents du travail passé l'âge de la retraite. (49)

7. Les actions mise en œuvre : les Agences Régionales de Santé.

Prévues par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, les agences régionales de santé ont été créées le 1er avril 2010.

Ce sont des établissements publics, qui regroupent, au niveau régional, plusieurs organismes chargés des politiques de santé, qu'ils soient dépendants de l'Etat ou de l'Assurance Maladie. La mise en place de ces Agences Régionales de Santé (ARS) offre une véritable opportunité d'optimiser la lutte contre les inégalités sociales de santé qui sont d'origine multisectorielle. La création d'une autorité régionale pour la santé permet d'intervenir sur toutes les dimensions. Elle peut à la fois impulser une politique globale et susciter les partenariats nécessaires. Le directeur général de l'ARS dispose de la plupart des outils utiles à la définition et à la conduite d'une politique globale de santé. L'outil majeur est le projet régional de santé, qui repose sur trois niveaux :

- Un niveau de définition stratégique : c'est le plan stratégique régional de santé, qui définit les orientations et priorités de santé dans la région.
- Un niveau d'organisation: ce sont les schémas sectoriels, qui précisent les mesures de mise en œuvre des grandes orientations du plan stratégique.
- Un niveau opérationnel : ce sont les programmes, qui fixent les actions concrètes, les calendriers, le suivi et l'évaluation des mesures.

Pour la réduction des inégalités sociales de santé, les ARS disposeront d'interlocuteurs essentiels :

- au niveau régional, les directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
- au niveau départemental, les directions départementales interministérielles chargées de la cohésion social, direction départementale de la cohésion sociale, direction départementale de la cohésion sociale et de la population.

- Les missions des ARS :

La nouvelle organisation régionale de la santé donne aux directeurs généraux des ARS de nouvelles opportunités pour :

- Contribuer à réduire les inégalités de santé, d'une part, en menant des politiques de santé fondées sur une vision non plus sectorielle mais transversale des besoins de santé d'une région donnée ; d'autre part, en adaptant les politiques de prévention aux besoins spécifiques de chaque population.
- Mettre en œuvre des actions couvrant le gradient social, tout en garantissant une réponse aux besoins immédiats des populations les plus vulnérables.
- Assurer un meilleur accès aux soins, grâce à une action couvrant pour la première fois l'ensemble de l'offre de soins et visant à mieux la répartir en fonction des besoins de santé
- Organiser les parcours de soins en fonction des patients, en facilitant la coordination entre les professionnels et entre les établissements de santé et les établissements médico-sociaux
- Faciliter les coopérations entre professionnels de santé et renforcer le rôle des paramédicaux dans le système de santé
- Développer l'observation territoriale de la santé
- Renforcer, en lien avec l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (ACSE), la qualité des démarches et actions de santé publique menées dans les «ateliers santé-ville», les rendre visibles et les sécuriser
- Développer des actions de prévention sur des publics spécifiques vulnérables, ainsi que des actions spécifiques de sensibilisation (aux dépistages, par exemple)
- Faire en sorte que les problématiques de santé publique puissent être inscrites dans les projets d'aménagement et de développement des territoires portés par les élus, sachant que la santé est fortement déterminée par la qualité de ce développement

-Coordonner les politiques publiques compétentes dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la PMI. (53)

8. La Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé.

Crée en 2002, la Fédération Nationale d'Education et de promotion de la Santé (FNES) regroupe 27 Instances Régionales d'éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), une par région.

Avec près de 600 professionnels, issus de champs disciplinaires multiples et complémentaires et plus de 2000 administrateurs bénévoles de tous les secteurs de la société civile, la FNES est la plus grande institution en France spécialisée en méthodologie de la promotion et de l'éducation pour la santé. Elle est aujourd'hui le premier réseau d'associations inscrit dans une démarche qualité nationale.

Elle entretient des liens de coopération avec l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) et les différentes institutions référentes en matière de santé publique.

Ses missions sont multiples : (54)

- Former les acteurs au développement, à la gestion et à l'évaluation de projets.
- Produire des données contribuant à l'analyse locale des besoins en éducation pour la santé et le repérage des leviers d'action
- Développer la recherche-action et favoriser les actions de subsidiarité sur les territoires ou des thématiques non couvertes en fonction des besoins
- Contribuer à la mise en oeuvre des politiques régionales de santé publique
- Soutenir méthodologiquement les acteurs locaux au développement, à la gestion et à l'évaluation de projets
- Documenter et communiquer sur des données probantes.

Avec une finalité : le développement de la promotion de la santé en agissant notamment sur les déterminants de santé locaux ou les zones défavorisées. (54)

9. Cause de renoncement aux soins.

En effet, bien que les différents gouvernements proclament depuis plusieurs années l'accès aux soins pour tous, des inégalités persistent, notamment lors de l'avancement des frais médicaux. En 2011, environ 30% des patients interrogés avouent avoir renoncé à des soins médicaux au cours des 24 derniers mois pour raisons financières.

L'accès aux soins constitue un des principaux facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement.

II. Etudes auprès des patients précaires.

A. Les 14 années de focus groups au sein d'ATD Quart-Monde.

1. Objectifs.

Notre travail a eu pour objectif principal d'extraire de quatorze années de données collectées par le Mouvement ATD Quart-Monde lors de focus groups sur la santé, les difficultés rencontrées par les patients en situation de précarité face à une prescription médicamenteuse en prenant en compte les éléments de constat des patients les plus démunis sur le médicament ainsi que les freins éventuels à l'observance médicamenteuse. L'objectif secondaire a été de recueillir les préconisations de ces participants afin de mettre en place et de favoriser les conditions d'une meilleure observance ainsi qu'un accès aux médicaments favorable.

2. Matériel et méthodes.

Quatorze années de focus groups, enregistrés et retranscrits, mis à disposition pour cette recherche par le département santé d'ATD Quart-Monde de Nancy sur le thème « protection de la santé et grande pauvreté » ont constitué la base de cette première étude.

Annexe 1 : Méthodologie des focus groups.

2.1. Population étudiée.

92 personnes en situation de précarité ont participé à des groupes d'échange sur des sujets concernant la santé, avec des entrées et des sorties permanentes. La personne participante la plus jeune avait 20 ans et la plus âgée 73 ans, lorsqu'elles ont intégré le groupe santé.

En ce qui concerne la caractérisation des populations précaires, et notamment de celles qui ont participé aux focus groups, nous notons des personnes qui ont des situations instables tant au niveau financier, que social. Elles sont mal logées, sans travail ou avec des contrats précaires. Certaines cumulent l'ensemble de ces difficultés et ce sont elles qui se présentent elles-mêmes comme des personnes en grande pauvreté. Dans cette étude, le terme de grande pauvreté ne sera donc pas rattaché simplement à une valeur monétaire.

2.2. Déroulement des focus groups.

Les entretiens se sont déroulés à la Maison Quart-Monde à Nancy de 1999 à 2014. Les groupes de parole se réunissaient une fois par mois. En moyenne, une dizaine de personnes par focus participaient à ces groupes d'échange où de nombreuses thématiques ont été abordées au cours des quatorze années : la relation soignant soigné en a été le premier thème et a concentré une quantité de données globales, les dynamiques et les stratégies d'accès aux soins ont été traitées, la prise en charge des maladies chroniques, la fin de vie et l'HAD en grande pauvreté, la violence faite aux femmes, l'accès à une alimentation durable, la santé bucco-dentaire et la grande pauvreté, la contraception, le tabagisme, le rôle et l'action du pharmacien de quartier, identifié comme le pivot d'accès aux soins et d'éducation à la santé dans les zones défavorisées. Le thème de l'observance en tant que tel n'a pas été abordé. Les entretiens duraient en moyenne deux heures. Un cabinet de sociologie en lien avec ATD animait les échanges et garantissait les conditions professionnelles de la tenue de ces focus groups ; une infirmière, une dentiste accompagnaient le groupe dans sa logistique. Il y avait parfois des interlocuteurs extérieurs qui étaient interpellés, comme des médecins de différentes spécialités, des dentistes, des pharmaciens, des représentants des institutions ou du monde politique.

2.3. Recueil des informations.

Les entretiens étaient enregistrés après information et accord de tous les participants, puis retranscrits mots à mots en respectant l'anonymat de chacun.

2.4. Analyse des données.

A partir de ces données, une analyse rétrospective qualitative de la transcription des paroles des participants (verbatim) a été réalisée.

Dans un premier temps, nous avons réalisé une lecture des 14 années de focus groups retranscrites pour nous familiariser avec le contenu du verbatim, puis une seconde lecture en s'appuyant sur les mots clés suivants : « médicament », « traitement », « génériques », « médecin », « docteur », « pharmacie » et « pharmacien ».

Plusieurs thématiques principales se sont ainsi révélées en mettant en exergue une sélection des passages du verbatim en rapport avec les différents thèmes, retranscrites initialement dans un tableau.

3. Résultats.

3.1. Ressentis et constats énoncés par les participants sur l'usage du médicament.

3.1.1. Des termes négatifs employés.

Un certain nombre de termes négatifs ont en effet été employés pour désigner les médicaments, notamment comparé à une drogue : « *notre drogue quotidienne* », « *se droguer au médicament* », « *pour moi, je suis une droguée* ». Ou encore : « *ça fait quand même un cocktail* », « *je mange des pilules* ».

Des termes forts ont été employés comme « *empoisonné* » ou encore « *asphyxié* » en désignant la prise médicamenteuse.

« *Les gens ils sont asphyxiés* ».

En parlant des effets secondaires d'un antidiabétique oral : « *Je continue à m'empoisonner même si je sais que ça sert à rien* »

Certains patients précaires ont un regard négatif sur les médicaments, sont réticents quant à leur utilité, leur efficacité.

« *Les médicaments ça abrutit* »

« *C'est les médicaments qui rendent malades* »

« *- (...) ça sert à rien les médicaments ?*

« *Ben faut le croire ; puisque moi, je n'en ai jamais pris. La preuve. J'en étais vraiment dégoûtée* ».

« *Moi j'ai jamais rien pris, je leur ai dit à l'hôpital, donnez rien, je prends rien. Et pourquoi, pourquoi faire ? C'est ça qui me rend malade* ».

« *Ça me fait même plus de mal, j'ai l'impression que ça fait plus de mal qu'autre chose* ».

« *Il faut se méfier* ».

« *Des médicaments qui te refilent une autre maladie* » en parlant du MEDIATOR®.

« *Ça me fait peur* »

3.1.2. Prendre des médicaments est la marque de la maladie grave.

En parlant des médicaments :

« Elle les prend pas régulièrement, c'est qu'elle n'est pas assez malade, elle serait beaucoup malade elle serait obligée ».

3.1.3. Un médicament efficace coûte ou doit coûter cher.

« Maintenant si tu veux des bons médicaments il faut payer ».

« Quand on veut un bon traitement c'est payant, quand c'est pas un bon traitement c'est pas payant ».

« (...) c'est impossible parce que les médicaments ils sont trop chers ».

3.1.4. Les médicaments perçus comme complexes.

« C'est pas évident les médicaments ».

« C'est compliqué les médicaments ».

3.1.5. Le médicament princeps, le « vrai ».

En effet, une distinction a été faite entre le médicament princeps, original, nommé comme « le vrai », et le médicament générique.

« Moi mon médecin, il me marque le vrai ».

« (...) pour faire un intermédiaire entre le générique et le vrai ».

3.1.6. La prise médicamenteuse est perçue comme contraignante.

« - Mais c'était contraignant aussi et c'est toujours contraignant parce que là il ne faut pas qu'on traîne parce qu'il faut qu'on soit rentrés pour que ... »

« - oui il faut que je sois rentré pour 8h moins le quart, 8h disons ! »

« - pour les médicaments ? »

« - pas les prendre trop tard (...) »

« Oui mais pour moi de les prendre tout le temps, tout le temps c'est une corvée ».

« Généralement aussi dans les maladies chroniques, tu dois prendre des médicaments tous les jours ! Toi H. par exemple et toi aussi G., c'est contraignant aussi ça (...) »

« - Ben à toutes les sauces, vous n'avez pas le droit de faire comme-ci, vous ne devez pas faire comme ça, vous devez faire ci, vous devez faire ça, c'est bon on fait comme on peut.

- on n'est plus des gosses

- et puis voilà j'écoute bien, oui oui, c'est très bien et puis moi voilà ».

3.1.7. Une surconsommation médicamenteuse dénoncée.

« Oui mais quand même, il y a quand même un abus de médicaments ».

« Mais ce que je remarque chez les gens c'est qu'ils prennent les médicaments comme des bonbons sans manger ; avec, donc en fait, après ils se trouvent avec les gencives en sang ».

« Oui je pense qu'il y a une trop grosse consommation de médicaments quand ce n'est pas nécessaire. Vous avez des gens, moi j'ai connu des personnes âgées je suis allé avec elles à la pharmacie, c'est pas ici c'est sur Nancy, je n'en revenais pas, je suis allé avec elle...ce qu'elle prenait comme médicament sur un mois... des médicaments 7 à 8 fois par jour, c'est pas possible(...)».

3.1.8. Une confiance dans les médicaments « anciens ».

« On préfère prendre des médicaments dont on a l'habitude dont on connaît l'effet ».

« Par exemple le SYNTHOL®, le SYNTHOL® ça marche pour plein de choses parce que ça date depuis très longtemps le SYNTHOL®...j'en ai toujours une bouteille chez moi ...enfin pas pour n'importe quoi, pour certaines choses, mais que d'aller à la pharmacie ils vont vous donner un truc que vous ne savez même pas et ça sera la même chose ».

3.2. L'observance médicamenteuse.

3.2.1. Une observance variable.

Lorsque le sujet a été abordé les participants ont évoqué des pratiques d'observance médicamenteuse très variables.

Certains disent être observant :

« Si le médecin te donne un traitement parce qu'il te dit : « voilà tu prends ça ! ça ! ça ! Bon moi je suis le traitement à la règle j'essaie d'être assez rigoureuse ».

« -Généralement aussi dans les maladies chroniques, tu dois prendre des médicaments tous les jours

- Et tu arrives à tenir, à faire matin, midi et soir?

- Ah oui ça c'est tous les jours ».

D'autres le sont moins :

« Oui mais M., si vous prenez des antidépresseurs, trois pendant un jour sur deux ou trois jours sur 7, ça sert à rien

- Non ? mais j'ai tendance à faire ça ».

« (...) Moi je le prends un jour sur deux ».

3.2.2. Les freins à l'observance.

- Une certaine lassitude à prendre des médicaments quotidiennement :

En parlant des antidépresseurs :

« (...) de les prendre tout le temps, tout le temps c'est une corvée »

« Moi j'en ai marre de prendre des cachets tous les jours ».

- L'absence d'efficacité immédiate, l'accoutumance :

« (...) je lui ai dit moi j'arrête ton truc, tes bidules, parce que de toute façon ça ne sert à rien, ça ne me fait aucun effet (...) Donc je lui ai dit moi tes trucs je ne les prend plus. Ça sert à rien ».

« Ça fait des années et des années que j'en prends, j'ai l'habitude des fois ça fait même plus effet. Des fois à 4 h ou 5h du matin je dors pas ».

En parlant d'un antalgique :

« Mais au bout d'un moment, si je vois que ça sert à rien, je dis : « stop ». Ça sert à rien, je vais pas prendre un traitement, changer tous les mois de traitement (...) ».

«- le DOLIPRANE® ça te soigne un petit moment, ça soigne pas une douleur

- même à force d'en prendre ça devient inefficace, c'est comme n'importe quel médicament ; faut pas se leurrer !

- le DOLIPRANE® à côté de la morphine c'est un cachou à côté ».

- Les effets secondaires ou la crainte des effets secondaires qui conduisent à stopper prématurément le traitement prescrit :

« - Et encore il faut qu'ils arrivent à pas avoir d'effets secondaires !

- Ben, t'en as obligatoirement, moi mon estomac il est complètement foutu ».

A propos de la notice explicative accompagnant le médicament :

«J'ai lu, alors ça me fait peur de les prendre maintenant ».

A propos d'un Antidiabétique oral :

«- (...) et deuxièmement j'avais un autre médicament au départ c'était trois fois par jour. J'ai dit 3 fois par jour c'était pas possible j'avais la diarrhée en permanence. Alors bon ! Ben on fait 2. Bon ! Ben d'accord on essaie à 2, pendant 8 jours j'ai pas eu de diarrhée et puis après ça a repris. J'ai dit j'arrête, moi je peux plus (...). J'ai arrêté le médicament j'ai plus eu de diarrhée. Je lui ai dit c'est pas la peine de me le remettre sur l'ordonnance celui-là. C'est idiot d'aller chercher à la pharmacie des médicaments que tu ne vas pas prendre. Donc c'est pas la peine de le mettre sur l'ordonnance. Ah ben oui ! Ah ben oui ! du coup elle m'a redonné un autre médicament qui fait pas le même effet, mais ça fonctionne pas. Mais c'est pas grave, ça reste comme c'est; si je crève ! Oh 8 jours de plus 8 jours de moins !... ».

« Sans compter quand j'ai des diarrhées, faut prendre contre les diarrhées, quand j'ai des maux d'estomac. Enfin voilà les effets secondaires quoi (...) on arrête tout quoi».

- Le nombre de comprimés :

« Le problème des médecins, que ça soit à l'hôpital, ou n'importe quel médecin, c'est quand est face à eux, quand t'as plein de médicaments à prendre, t'as beau leur dire mais tous les médicaments pris les uns derrière les autres, comptez combien ça fait par jour, et comptez au bout, combien de médicaments mélangés ! Qu'est-ce que ça peut faire dans l'estomac ? ».

- Le gout du médicament :

« - Ben moi mon problème c'est que j'ai pas de mutuelle (...) je suis obligée de payer la part et ça ne peut pas rentrer dans les 100% malgré que j'en aie besoin ! (...) Il y en a qu'un qui est

remboursé à 100% mais qui est dégueulasse et qui existe depuis des années, euh les grosse boîtes là, c'est le RENUTRYL ® »

- Oui RENUTRYL ®,

- Celui-là il est dégueulasse, ça sent ...les premiers qui ont existé

- Les croquettes pour chiens quoi !»

- Un conditionnement non adéquat :

En effet, certaines boîtes de médicaments contiennent seulement 28 comprimés, et non 30 ou 31 alors que le traitement est prescrit pour un mois. Il arrive alors qu'il manque quelques comprimés d'un médicament en fin de traitement si le patient ne renouvelle pas son traitement à temps.

« Non, moi je dis, ce qui est un peu bête dans les médicaments, dans certains médicaments, on dit que le traitement c'est pour un mois et les boîtes vous avez pour soit 25 jours, 28 jours ou 30. Alors bon, quand c'est 25, les autres boîtes vous en avez toujours 2, 1 ou 2 tous les mois en trop. Donc chaque fois je suis obligée de dire à la pharmacienne, oh ben non la boîte là il m'en faut tant à la place de tant ».

« (...) des boîtes où tu as 28 comprimés et des boîtes où tu en as 35. Donc tous les 28 jours je suis obligée de retourner à la pharmacie. Au bout de trois mois, j'ai pratiquement un mois sur certains médicaments, donc quand je fais renouveler mon ordonnance, je ne renouvelle pas ceux-là ».

Certains médicaments, en fonction du laboratoire qui le fabrique, ne sont pas sécables en forme générique alors que le princeps l'est.

« (...) et sur les génériques il y a aussi la possibilité, tu peux plus le couper en 2 ton comprimé. Moi j'ai du XANAX ®, je pouvais le couper en 2 parce que j'en prenais ½ le matin, puis un complet le soir. Le générique il est encore plus petit et il n'a pas de forme donc tu peux pas prendre ta dose du matin ».

En parlant d'un anticoagulant oral :

« La doctoresse disait : ce qui reste vous mettez dans quelque chose, un petit machin, comme je n'ai qu'une tasse, je le mettais dans une tasse. Tiens, je disais, voilà un demi, un quart etc. Je devenais dingue avec ces médicaments ».

- La contrainte horaire pour certains traitements :

En parlant d'une trithérapie contre le VIH

«- (...) et alors comment vous vivez ça, le fait qu'il faut prendre ces 11 médicaments et ça perturbe votre vie complètement?

- Oui, ben oui ! Tous les 8 h il faut que je casse la croûte, en temps normal je pouvais manger qu'une fois par jour, là du fait que je suis malade il faut que je mange toutes les 8h »

- L'accès au traitement en situation d'urgence :

Se rendre à la pharmacie de garde un samedi après-midi, un dimanche, en sortant du Service d'accueil des urgences, ou encore avec une prescription de SOS médecins peut s'avérer compliqué sans moyens de locomotion, sans adresse exacte.

« Si le médecin il te dit : « euh vous allez dans une pharmacie d'urgence ». Vous allez où ? Je ne sais pas. « Il a pas appelé rien. Ben ! Tu dois tu démerder pour aller dans une pharmacie d'urgence parce que souvent les pharmacies sont pas à côté de chez toi c'est pas la première qui est là, donc t'as pas de moyens de locomotion c'est un peu galère quand même... ».

- La nécessité d'avoir de l'électricité :

C'est essentiel pour utiliser un aérosol, mais ce n'est pas le lot de tous, et fréquemment on note des familles qui vivent sans électricité, ou avec un accès très limité et contraint dans le cadre

de maintien de ligne. Ceci est à prendre en compte comme un frein à l'observance du traitement.

« - Moi j'avais besoin d'un appareil respiratoire (...) encore faut-il qu'il y ait de l'électricité.

- Pourquoi il n'y a pas de truc si...

- Non, non, parce que j'ai moins de 4 heures par jour d'appareil. Moins de 4 heures !

- Il y a toujours l'électricité et EDF !

- Ils coupent si t'as moins de 4 heures de soins par jour avec l'appareil !

- Et ça les gêne pas EDF, ils coupent ».

- Le manque d'informations sur le traitement, la pathologie :

En effet, une forte demande émerge de ces entretiens, celle d'être informé sur les traitements prescrits ainsi que sur la pathologie causale. Il semble que ce ne soit pas toujours le cas. Les participants ont parfois le sentiment de quémander pour obtenir des informations de la part du médecin.

« Il vous dit même pas ce que vous avez, ni quoi, ni comment, c'est pas la peine d'aller voir un médecin, pour quoi faire ? J'y vais plus c'est fini maintenant ».

« A un moment donné tu dis : « stop » et tu dis : « il faut que je sache pourquoi j'ai des trucs comme ça, expliquez-moi qu'est-ce qu'il faut faire et quels sont les... ». Non mais ! C'est important ça ».

« Je lui dis chaque fois que j'ai un problème quelconque, je veux qu'il m'explique, qu'il ne me dise pas simplement tiens tu vas prendre ça et ça comme médicament ».

« (...) Il va pas me dire : « tiens aujourd'hui je te fais ton ordonnance », je veux qu'il m'explique le pourquoi et le comment parce que sinon ça veut dire qu'on prend des médicaments on sait même pas pourquoi on les prend (...) Nous il nous explique pas ».

« (...) Donc tu as dû faire du forcing pour avoir les infos ».

- Les retards de renouvellement du traitement :

Les participants font état de situation où c'est le pharmacien qui prend sur lui d'avancer le traitement parce qu'ils n'ont pas pu aller chez le docteur, à cause d'une rupture des droits, ou parce qu'ils n'avaient pas l'argent disponible pour avancer les frais de la consultation.

« La pharmacie avance les médicaments, le médecin régularise après ».

- Les ruptures de droits :

Il arrive en effet que certains patients, notamment étrangers venant d'arriver en France, n'ont pas encore de droits ouverts lorsqu'ils tombent malades. Mais la situation la plus fréquente concerne une rupture de droit en lien avec les modifications de situation des personnes en précarité.

« (...) elle avait une double otite depuis trois jours ! Une ordonnance pour les médicaments ! Et elle n'avait pas pu aller à la pharmacie parce qu'elle n'avait d'argent, la CMU n'était pas ouverte pour ses papiers et elle était obligée d'attendre. Il existe encore des situations qui sont inacceptables. Le pharmacien ne pouvait pas lui délivrer l'ordonnance parce qu'elle n'avait pas de CMU ouverte, elle a appelé SOS Médecins ».

- La santé, un enjeu secondaire.

La santé apparaît bien souvent comme un enjeu secondaire particulièrement en lien avec les conditions de vie en grande pauvreté, survivre voilà le principal objet de leur vie. Une des raisons avancée est d'ordre financière, mais la contrainte temps est aussi évoquée ainsi que celle qui est consécutive à un lâcher prise des personnes sur leur corps. Un des éléments facilitateur reconnu par tous est l'accompagnement par des pairs, ou des aidants. Une personne disait « on ne peut pas savoir ce que le fait d'être accompagné par une personne aidante fait baisser le niveau d'énergie nécessaire pour se soigner ».

« Quand on n'a pas beaucoup d'argent, qu'on a rien voilà, la santé c'est pas toujours là où on met l'argent en premier. On a aussi des factures à payer tout ça, donc ça pose problème ».

« (...) On ne peut pas et on traîne, on fait passer d'abord le principal, les besoins des familles avant les soins ».

« (...) tout le monde me dit que je suis qu'une lâche au niveau de la santé ».

« On se néglige souvent par rapport aux soins qu'on devrait avoir ».

« (...) puis bon la santé ça passe en dernier ».

-« La santé c'est pas la priorité »

- « Déjà c'est le quotidien ! Le jour le jour ! Alors la santé, on attend vraiment, bon après quand on a un médecin traitant, les médicaments on y va, parce que voilà, on y va pour chercher notre drogue quotidienne, c'est un peu ça, et puis voilà sans plus ».

« Non, t'as pas le temps de prendre le temps de te soigner ».

- Les médicaments non remboursés :

« Ben déjà ça serait bien qu'on puisse avoir accès aux médicaments sans qu'on doive payer à chaque fois, aussi, parce quand même c'est un frein ».

« (...) Mais quand il sort un régime par un diabétologue, tu regardes le machin mais tu rigoles! Tu peux pas faire la moitié. Si, manger du riz et des pâtes ça tu peux. On y arrive. Non mais c'est vrai. !

« Le gars qui fait de l'hypertension,... Acheter de l'oméga 3 ! Tu rêves ».

« La dentiste m'a dit : je ne sais pas si c'est remboursé mais allez-vous renseigner quand même, je vous fais l'ordonnance. J'ai été à la pharmacie, c'est 5 € la boîte non remboursée. Donc, comment voulez-vous que je prenne la boîte ? Je n'avais pas l'argent sur moi, j'ai laissé tomber, mais je souffre des gencives ».

- L'avance des frais de la consultation médicale :

Les patients au-dessus du seuil de la CMU, qui ne peuvent pas payer une complémentaire santé, se retrouvent confronté à payer 23 euros la consultation médicale adulte chez le médecin généraliste. Or la plupart des médecins ne font pas de tiers payant. La récupération des franchises notamment de médicaments sur les remboursements de la consultation du médecin a amené à des stratégies de renoncement aux consultations en médecine de ville.

« Le problème c'est le tiers payant chez le médecin. Le tiers payant chez le médecin existe rarement ».

« (...) ils peuvent pas aller à 3 chez le médecin. (69 euros sur le mois ... !) S'il y a un pépin, c'est la catastrophe dans la famille ».

« J'ai un ami qui a des problèmes de cors aux pieds, lui ne peut pas se faire soigner parce qu'il faut avancer le prix des soins ».

Le paiement de 1 euro par consultation médicale chez le médecin généraliste pour les patients au-dessus du seuil de la CMU-c, est également un frein majeur.

« On ne va pas chez le Docteur après le 5 du mois, un euro c'est beaucoup ! ».

« Un euro, Madame, c'est mon pain de la semaine, je suis vieille et pas riche vous savez, alors le Docteur c'est pas pour moi ».

- La peur de s'engager dans des soins à long terme :

On note cet état de fait, notamment dans les domaines dentaire et hospitalier, pour des raisons financières mais aussi à cause du manque de confiance que mettent les gens dans les dispositifs mis en œuvre pour faciliter la prise en charge financière. On voit des personnes refuser l'hospitalisation de peur de ne pas pouvoir payer la facture qu'ils recevront ensuite et d'être ainsi poursuivi pour dette hospitalière. Car dans ce cas c'est le Trésor Public qui poursuit les personnes, et le Trésor Public peut en cas de non-paiement prélever une partie des minimas sociaux. Plus qu'une dette hospitalière c'est la perte de revenus pour la famille qu'implique l'accès aux soins.

« Une dame très âgée, malade et présentant des signes d'Alzheimer a dû quitter l'hôpital car elle ne pouvait pas payer les 45 euros journaliers, son fils a demandé sa sortie anticipée ».

« Qu'on n'osait pas quand on avait la CMU engager des soins sur le long terme, quand il y avait une échéance par exemple pour les dents, la peur qu'on n'arrive pas aller jusqu'au bout, parce qu'on perdrait la CMU pour un gosse qui a enfin un contrat aidé... et nos revenus du coup sont un peu augmenté ! ».

« Une voisine du quartier disait qu'elle-même ne pouvait pas commencer les soins, de peur de ne pas pouvoir aller jusqu'au bout, de peur qu'on lui retire ses droits et qu'elle doive payer. Il y a toujours une angoisse quand même ».

« Moi, je ne vais pas me faire soigner les dents à l'hôpital, parce que je connais plusieurs personnes qui ont eu des poursuites d'huissier à cause de leurs dents soignées : si tu ne peux pas payer le supplément de suite, eux, ils déclenchent tout de suite l'armada... poursuites, etc. ».

« Devant un huissier, même si la personne a des droits car elle a été injustement facturée, Eh bien ! Vous ne pouvez rien faire. Un homme a eu une saisie de biens ; ses chèquiers ont été supprimés. Tout ça pour des dents soignées à la fac dentaire, donc à l'hôpital et qu'il ne pouvait pas payer, il a eu un devis mais il ne sait pas lire il a signé sans comprendre et il ne pouvait pas payer ».

« (...) on a fini avec des dettes ! ».

- La caution demandée lors de la location de certains appareils :

Un autre problème souligné est celui de la location de certains appareils médicaux. Un patient parle alors des difficultés qu'il a rencontrées lors de la location d'un aérosol à la pharmacie. Un chèque de caution est alors habituellement demandé dans la majorité des pharmacies. C'est également le cas pour la location de tire-lait, et de pèse-bébé. Comment faire alors qu'on sait qu'avec des revenus minimaux, le patient n'a pas de chèque, ni de carte bancaire, il n'y a pas droit.

« Moi j'avais besoin d'un appareil respiratoire qui est en location, il faut donner un chèque de caution. J'ai dû demander à un voisin, à un ami, je lui ai demandé si il pouvait donner un chèque de caution...c'était un gars que je connaissais bien. Je lui ai demandé s'il pouvait me donner un chèque de caution ; Il m'a fait un chèque de caution et j'ai pu avoir un appareil autrement je n'aurais pas eu l'appareil respiratoire. (...) ».

- La peur des traitements :

« Moi ça me fout la trouille, j'ai trop peur d'apprendre quelque chose, trop peur, je préfère mourir sans savoir ce que j'ai, c'est vrai regarde, moi ma vésicule, depuis le temps que je dois l'enlever, elle est toujours là. J'ai peur, l'hospitalisation, tout ce qui est médicaments, tout ce qui est traitement ».

3.2.3. La relation soignant-soigné, facteur d'observance.

Le médecin traitant est au cœur de la prise de la prise en charge du patient. C'est lui qui assure la continuité des soins, et la mise en relation du patient avec les autres spécialistes du monde médical et paramédical. Pour la plupart, un climat de confiance s'est instauré au fil des années.

« J'aime bien mon médecin ».

« Je suis très bien avec mon docteur, ça fait 40 ans. J'ai jamais changé».

« 40 ans, il nous connaît tous il sait quoi faire, il nous connaît à fond, 40 ans, vers lequel on a le plus confiance ? C'est toujours le généraliste ».

« (...) Et chez qui je me suis tournée, vers mon généraliste. On a plus confiance au généraliste, qui nous connaît, et qui nous écoute et puis que ... et qui nous connaît parce qu'en ce moment je lui dis n'importe quoi, enfin je lui dis tout (...) je me confie voilà, donc c'est toujours vers lui qu'on se renseigne, qu'on se tourne ».

« Si le médecin il te donne un traitement (...) bon moi je suis le traitement à la règle j'essaie d'être assez rigoureuse ».

Parfois, la relation est plus instable, comme ici avec un diabétologue, facteur de moins bonne observance.

« Je ne veux plus voir un diabétologue, c'est clair. C'est net, je ne veux plus voir un spécialiste, ils te prennent pour des cons tout le temps ; t'en vois un et 6 mois après c'est plus le même à l'hôpital, t'en vois un autre et il te change tout ton traitement et chaque fois c'est comme ça... Après on s'en sort plus ».

3.3. Les difficultés rencontrées face à une prescription médicamenteuse.

3.3.1. Les médicaments non remboursés.

- Une source d'angoisse.

Un sentiment de peur est dominant chez les participants lorsqu'on évoque ce sujet. Parfois ils se retrouvent avec une ordonnance et ne savent pas si ce qu'elle contient sera remboursé ou pas.

« Des fois on est remboursé, des fois on l'est pas, et c'est cette angoisse permanente de savoir, de pas savoir justement. Est-ce que je vais devoir payer, est-ce que je ne vais pas devoir payer, ne pas pouvoir prévoir, c'est ça qui est dur et rend la vie dure ».

« C'est comme au loto...tu peux pas savoir ... ».

- Un problème notamment pour les maladies infectieuses.

Il existe de fait un certain nombre de médicaments non remboursés, notamment dans les pathologies ORL, cutanés, infectieuses, parasitaires.

Très peu de médicaments notamment sont remboursés pour les pathologies infectieuses de la sphère ORL.

« C'est vrai que le sérum physiologique c'est un vrai problème ».

« Les sirops pour le gosse, il nous a dit c'est plus remboursé »

« Les trucs dans le nez, de ta poche »

Un autre problème est celui des pathologies parasitaires. Les traitements sont souvent non remboursés et onéreux, notamment les traitements contre la gale, pathologie très contagieuse, qui va le plus souvent toucher les patients précaires, avec un risque épidémique important en l'absence de traitement adéquat. Les traitements locaux ne sont pas remboursés et sont les seuls possibles chez le nourrisson et l'enfant jusqu'à 15kg. Le traitement spécifique du linge et de la literie est également non remboursé. Les produits spécifiques contre la pédiculose de tête sont également à la charge du patient.

« (...) les trucs pour la gale, presque 30 euros on a dû payer. Rien n'était remboursé. »

Les vitamines B1-B6 en prévention des neuropathies chez les patients alcooliques ne sont pas remboursées également.

« Ben moi j'en ai besoin, c'est pas remboursé. Alors quand je prends de la PP ou de la B1, c'est 10 euros la boîte. J'en ai pour 15 jours. Donc ça fait 20 euros par mois ».

« Ben de toute façon les vitamines, on a des problèmes, c'est pas remboursé ».

Beaucoup d'autres médicaments ne sont plus remboursés, la BIAFINE® pour les brûlures cutanées du premier degré, l'alcool à 60° à visée anti-inflammatoire localement, certaines seringues pour des traitements médicaux spécifiques,

« Quand je vais voir le dermatologue, le produit proprement dit est remboursé, mais pas les accessoires de soins ».

« On pensait aux seringues qui accompagnent un traitement de 1500 euros, les seringues ne sont pas avec, c'était difficile à certains moments (...) ».

« Mais les seringues et les compresses, et l'alcool à 60°C, c'est ma pharmacienne, qui me les a filés. Elle s'est débrouillée (...) ».

- Une cause majeure d'inobservance médicamenteuse.

La plupart des patients en situation précaire vont refuser les médicaments non remboursés prescrits.

« Tout ce qui n'est pas remboursé, je prends pas, j'ai pas les moyens ».

« Ben, de toute façon, quand les médicaments ne sont pas remboursables, je les refuse comme ça c'est pas difficile ».

« Alors, bon c'était pas remboursé ? Alors tu te les gardes ! J'en veux pas ».

« Les médicaments qui sont pas remboursés ? Systématiquement je les refuse, je peux pas ... je lui dis : « excusez-moi mais 5 euros, c'est un minimum, mais je peux pas ça fait mon pain pour une semaine ».

« Moi je vois ma fille, elle a eu un médicament qui n'est pas remboursé pour son petit, elle l'a pas pris, elle me dit : « moi, je peux pas Maman ! Je peux pas donner 6 euros c'est pas possible pour une boîte de machin, je peux pas me permettre... ben elle l'a pas pris ».

« Et il y a plein de médicament, quand c'est du sirop, des trucs comme ça, c'est pas remboursé ben les familles prennent plus de sirop... ».

« (...) C'est très compliqué en fait, et puis alors, il y a les médicaments complètement déremboursés et là je sais que le mois-ci, j'ai dit que je le prendrai pas. Parce que lui tout seul, la pommade toute seule elle fait 47 euros, le tube de pommade ».

« (...) Moi personnellement si ça m'arrivait, je ne me soignerais plus du tout, je vais plus voir nulle part, c'est impossible parce que les médicaments ils sont trop chers ».

« - La dernière fois j'en ai eu pour 45 euros. J'ai refusé.

- Après ça devient grave quand on refuse les médicaments ».

« Moi personnellement si ça m'arrivait je me soignerais plus du tout, je vais plus voir nulle part, c'est impossible parce que les médicaments ils sont trop chers ».

Cités ci-dessous des extraits tirés d'un échange avec des pharmaciens d'officine.

« En tant que pharmaciens, on ne peut pas substituer les produits sans l'accord du médecin. La personne doit alors retourner chez le médecin pour avoir une autre ordonnance. Il doit à nouveau déboursier 28 euros pour le spécialiste. Il ne peut pas payer cette somme donc il ne fait rien ».

« Si la personne vient avec son ordonnance, elle ne peut pas avoir les médicaments qui sont dessus parce que ce n'est pas remboursables. Donc, il faut qu'elle retourne chez le médecin pour se faire prescrire des médicaments remboursés. Si elle ne peut pas faire l'avance en allant à nouveau chez le médecin elle ne peut pas se faire soigner ».

Certains paieront les médicaments non remboursés prescrits, en prenant le strict nécessaire pour se soigner.

« On prend le nécessaire, c'est tout ».

« Ben si on n'a pas le choix on met au bout ».

« Quelques fois je paie car les médicaments pour la toux ne sont pas remboursés, alors le pharmacien me donne le choix : vous prenez ou vous ne prenez pas ? ».

- Le rôle du médecin généraliste.

Certains médecins sont attentifs, et prescrivent uniquement des médicaments remboursés lorsqu'ils se retrouvent face à des personnes précaires.

« Moi, mon médecin, il regarde ce qui est remboursé systématiquement ».

3.3.2. La franchise sur les boîtes de médicament.

50 centimes par boîte sont prélevés pour les patients au-dessus du seuil de la CMU. Cela pose problème notamment pour les patients juste au-dessus du seuil de la CMU, ayant une délivrance mensuelle de médicaments pour un traitement de fond, alors qu'il existe des boîtes avec un conditionnement trimestriel contenant 90 comprimés adapté aux traitements de longue durée.

« Ça dépend des maladies, des fois, les médecins au lieu de mettre : à renouveler, et bien ils nous obligent à y aller tous les mois. Donc, on va des fois pour une boîte de médicaments, j'y vais tous les mois alors qu'elle me mettrait renouveler, je gagnerais une visite ».

« - Oui c'est encore différent des franchises ça

- Ben oui non mais c'est pareil, il y a la franchise quand même avec parce que...

- Oui, oui, 50 cts par boîte !

- C'est énorme hein quand même parce que...

- Ah oui ça monte vite ! »

« - Par exemple le DAFALGAN ®, c'est quand même quelque chose de très courant et ça reste longtemps, alors pourquoi il y en a que 8 dans une boîte ?

- Mais c'est des trucs qui devraient exister en conditionnement je sais pas moi de 48 au lieu de 8, c'est 8 seulement !

- Avant c'était 10 et ils ont mis 8 !

- Après n'on en trouvera plus que 3 ».

« Le problème n'était pas là. Le générique il coûtait moins cher, de 15 centimes. Sauf que le SPASFON ® c'est 30 tablettes, et le générique c'est 10. Donc tu as trois boîtes de génériques pour la même distribution qu'une boîte de SPASFON ®, soit pour nous, plus 3 fois 50 centimes parce que ça fait que tu as acheté trois boîtes ! Tu as 3 fois, admettons 2,50, au lieu d'une fois 2,81 d'économie soit trois fois 31 centimes pour la sécu économisé et 1,50 euros dans le pif pour nous avec la franchise ... cherche le gagnant. Mais c'était un générique quoi ! Donc ça vaut le coup quand même ? Parce que vous savez, on a beaucoup de médicaments ».

De plus, il arrive que les médecins prescrivent d'emblée plusieurs boîtes de médicaments pour une même pathologie nouvellement diagnostiquée. Si le médicament n'est pas toléré, et arrêté prématurément pour être remplacé par un autre, le patient aura tout de même payé une franchise sur toutes les boîtes de médicaments.

« Quand le médecin met le nombre de boîtes, par exemple, pour un pansement, que le traitement est inefficace et qu'il faut changer de pansements, on paye 50 centimes par boîtes ».

« (...) Et la pharmacie ne reprend plus ».

« Par contre il y a des aberrations aussi, quand tu mets des traitements, je sais pas moi, pour trois mois et qu'en définitive la personne n'est encore pas habituée à ces médicaments et qu'on ne sait pas si elle va pas bien le supporter, quelque fois au bout de 8 jours t'es obligé d'arrêter ce traitement mais t'as 2 mois $\frac{3}{4}$ qui restent dans la pharmacie. Mais quand c'est un début de traitement, le nombre de trucs que je jette ! ».

3.3.3. Les médicaments génériques.

- Une réticence majoritaire.

Les personnes précaires ont, comme dans la population générale, un avis partagé sur les médicaments génériques. Ils sont réticents dans l'ensemble, craignant le « faux » et préférant le « vrai » : *« (...) Et maintenant, mon médecin marque le vrai ».*

La peur d'un manque d'efficacité et d'une mauvaise tolérance sont les principaux arguments avancés.

« Les génériques ça marche pas toujours ».

« Le générique il me fait rien ».

« Ca fait pas le même effet les génériques ».

« Il est pas bon ».

« (...) il est moins fort ».

« Il y a peut-être certains génériques qui n'ont pas d'effets (...) certains marchent ».

« Moi je prends plein de génériques, mais y en a un qui ne marche pas ».

« Mais je sais pas, il faudrait regarder, les génériques qui sont fait par les mêmes laboratoires que le normal, ça marche. Mais si c'est des génériques qui sont faits par un autre laboratoire, ça ne marche pas ».

« Moi je pense à ma fille qui a eu un petit souci avec son bébé dernièrement, ils lui ont donné un petit traitement, ils lui ont donné des génériques et ça lui a provoqué des allergies. Donc maintenant, parce qu'on dit voilà je prends un générique, donc maintenant elle en a peur (...) ».

- Une présentation différente par rapport au princeps.

Un des principaux problèmes posés par les génériques, est que la forme ou la couleur ne sont pas toujours identiques au médicament princeps, ce qui accroît le risque d'erreurs. Cité ci-dessous le cas du SPASFON LYOC®. Le princeps est sécable, le générique ne l'est pas. Il en est de même pour le Xanax et son générique en fonction du laboratoire qui le fabrique.

« Quand on le donne aux enfants, le SPASFON® c'est quand on a mal au ventre et quand ils ont été opérés par exemple à l'hôpital d'enfant, très souvent on donne ½ SPASFON®. Et le SPASFON® générique, enfin le générique ne se casse pas donc les médecins donnent ...Ils sortent de l'hôpital et les médecins font une ordonnance de SPASFON® machin lyoc et sécable ½ ou ¼ de comprimé. Ils arrivent chez le pharmacien, il dit : « écoutez ils mettent rien donc générique ». Mais l'autre il a juste dit de couper il a pas pensé que le générique se coupe pas ».

« Moi j'ai du XANAX®, je pouvais le couper en 2 parce que j'en prenais ½ le matin, puis un complet le soir. Le générique il est encore plus petit et il a pas de forme ! ... »

- Un risque d'erreur.

Cette présentation différente peut également entraîner un risque d'erreur de prise avec des conséquences non négligeables, comme l'illustrent ces quelques extraits.

«(...) parce qu'avant celui pour le cœur, il était rouge et maintenant il est blanc comme celui pour le diabète et à un moment donné je me suis demandé si je m'étais pas trompée, que je ne prenais pas le double de médicament pour le diabète».

« - Elle a mélangé ! Parce qu'elle avait un médicament qu'elle avait l'habitude pour son cœur, il était rose en forme de trèfle ou d'étoile je sais plus !

- de cœur ?

- de cœur ! Et puis ils lui ont donné un générique qui avait une autre forme(...) et elle a mélangé et c'était grave parce qu'il y a eu des effets secondaires. Elle s'est retrouvé à l'hosto ».

« - Ben, j'ai pris 2 fois le même, j'ai pris 2 fois le cachet du cœur...

- oui parce qu'il est de même couleur ou même de forme

- oui parce qu'avant j'avais un rose et un blanc, et puis j'ai pris 2 fois la même chose

- parce que le blanc c'était le générique

- voilà et je tournais, je tournais, et mon mari a dû appeler le Samu ».

Pour limiter le risque de confusion, le pharmacien note sur les boîtes de médicaments génériques, le nom du princeps.

« Il me marque bien sur les boîtes ! Maintenant ça y est j'ai compris mais il me marque toujours, il me dit : « on ne sait jamais ».

Un autre problème sans cesse évoqué est inattendu : c'est que les pharmacies ne commandent pas toujours les médicaments génériques au même laboratoire ! Ce qui a pour conséquence des boîtes de couleurs différentes, un comprimé qui peut différer par sa forme, par sa couleur, et ce d'un mois à l'autre, ayant pour conséquence un risque d'erreur non négligeable.

« (...) Donc, vas-y pour t'y reconnaître. Ça change tout le temps, ce n'est pas la même boîte, c'est des noms barbares, ce n'est pas la même couleur. Mais pourquoi est-ce qu'ils les changent ? ».

« Oui, non mais le problème des génériques... Moi j'avais la liste de tous les médicaments, alors je prends ça, ça, ça. Mais le truc, c'est qu'après ils changent à chaque fois parce qu'en fait, s'ils changent de laboratoire, ça change de nom. Donc après tu sais plus où t'en es ».

« Les pharmaciens qui changent les boîtes de médicaments à tout bout de champ, c'est-à-dire qu'un jour c'est une boîte verte ensuite c'est une boîte jaune. Pour les gens qui savent pas lire, c'est du n'importe quoi ».

« Tous les génériques que j'ai viennent du même laboratoire, et c'est même chiant, parce que toutes les boîtes sont de la même couleur. Elles sont blanches et violettes, non mais ! Alors que ce soit le médicament pour le diabète, le médicament pour l'estomac, le médicament pour l'hypertension, toutes les boîtes sont blanches et violettes. C'est l'idéal hein ! Alors tout ça, avec des noms à la con, enfin non, mais c'est quand même vrai qu'ils se terminent quasiment tous pareil ! Donc moi maintenant, je commence à repérer par rapport aux tablettes ».

- Une acceptation contrainte.

La majorité acceptent les médicaments génériques, mais en se sentant obligé, car ils ne pourraient pas avancer les frais en cas de refus des génériques. En effet, le dispositif « tiers payant contre génériques », renforcé depuis juin 2012 et aujourd'hui appliqué sur l'ensemble du territoire français, consiste à réserver le tiers payant aux assurés qui acceptent la délivrance de médicaments génériques lorsqu'il en existe pour les médicaments qui leur sont prescrits.

Dans le cas contraire, le tiers-payant n'est plus applicable et le patient doit alors payer le médicament dans son intégralité.

« (...) Alors elle dit quand elle a son petit, moi je veux pas des génériques à ce moment, oui mais alors on lui dit faut que tu paies. On nous oblige à prendre les génériques ».

En parlant des médicaments génériques :

« Moi je m'en fous du moment que c'est remboursé par la CMU, tant que j'ai rien à payer c'est ce qui compte ».

« (...) Quand t'as pas le choix ».

3.4. Stratégies mises en œuvre.

3.4.1. Pour améliorer l'observance.

(a) L'infirmière à domicile.

La délivrance médicamenteuse journalière par une infirmière à domicile peut éventuellement être un moyen. Mais il ne s'avère pas si fiable que ça disent les participants.

« L'infirmière elle passe trois fois par jour pour lui donner les médicaments, elle en a dix-sept. L'infirmière lui faisait confiance. Mais en fait elle jetait la moitié par la fenêtre et puis le lendemain elle dit : bien j'ai jeté la moitié par la fenêtre ».

(b) Le pilulier.

Pour favoriser l'observance, et limiter le risque d'erreur, certains utilisent un pilulier ; mais il est payant.

« Moi j'ai trouvé un truc il faut avoir un pilulier, c'est très pratique parce que ça te permet de pas oublier tes doses et de pas prendre 2 fois non plus ».

(c) Le rappel sur le calendrier.

En parlant d'un anticoagulant oral :

« Tu es obligée de marquer sur un calendrier, pour ne pas te planter. Ce qui te reste, tu le mets dans une tasse : alors tu as trois quarts, un demi ; c'est compliqué ».

(d) L'entourage.

« (...) Pareil. Alors je lui dis tu vois c'est pas moi, tu t'es trompé ! Tu vois, c'est pas moi. Alors il faut que je regarde presque tous les jours, pour qu'il prenne ses médicaments correctement(...) il a 71 (ans) ».

En parlant du médecin :

« (...) il a des boîtes, mais elles sont différentes. Gris et jaune, gris et noir, ou gris et bleu. Alors il peut pas se tromper. La doctoresse elle fait un planning, et comme ça on sait ».

En parlant du pharmacien :

« Parce que moi, on me dit : « c'est comme ça, ça marche comme ça », etc. 10 minutes après je m'en rappelle plus...alors j'aime autant qu'il me marque sur la boîte ».

3.4.2. Stratégies pour favoriser l'accès aux médicaments.

Que ça soit parce qu'ils n'ont pas encore de droits ouverts, qu'ils sont au-dessus du seuil de la CMU-c, et qu'ils ne peuvent pas payer une complémentaire santé, l'accès aux médicaments est pour certains un parcours du combattant. Pour cela, ils mettent au point des « trucs et astuces » avec certains professionnels de la santé. Ces différents moyens sont mis en œuvre pour tenter de favoriser l'accès aux médicaments de ceux qui en ont besoin.

(a) Les arrangements avec le médecin.

Certains médecins sont attentifs à prescrire des médicaments remboursés quand ils se retrouvent face à des patients en situation de précarité, ce qui permet assurément une meilleure observance pour les pathologies « aiguës ».

« Moi, mon médecin il regarde ce qui est remboursé systématiquement ».

Mais tous ne le font pas.

Un professionnel de la santé a décidé d'ouvrir en 2004 un compte à la pharmacie en son nom pour les patients en attente d'ouverture de droits, ou en rupture de droits, afin de leur permettre l'accès aux médicaments dans les cas les plus urgents (nécessité d'une antibiothérapie par exemple). La pharmacie en question tient alors un livre de compte avec le

nom et la somme due par patient. Si le patient obtient une ouverture de droit, il régularisera son compte à la pharmacie. Le reste à charge, sera payé par le professionnel.

« C'était le seul moyen qu'on a trouvé comme système d'avance, en fait, une avance de médicament, alors on a des enfants qui ont des otites, des trucs, des trucs énormes, on ne peut pas les laisser attendre qu'ils aient la CMU, qu'ils aient leurs papiers, qu'ils aient ci, qu'ils aient ça. Donc on y va, on donne tout de suite les médicaments, et puis, ils les prennent sur le compte ».

Il est également demandé aux patients qui n'utilisent pas la totalité du traitement prescrit de faire preuve de solidarité et de le rapporter afin de pouvoir dépanner un autre patient. Mais ceci était pratiqué avant que l'interdiction de donner gratuitement des boîtes entamées ne soit en œuvre.

(b) Les arrangements avec la pharmacie.

- **L'avance des médicaments.**

Le pharmacien est pour eux un interlocuteur majeur pour l'accès aux médicaments des plus précaires. Il arrive que certaines pharmacies fassent « crédit », c'est-à-dire qu'elles avancent les médicaments aux patients, qui viendront régulariser ultérieurement. Ils gardent les ordonnances faisant les feuilles de soins lorsque les papiers sont régularisés et les droits ouverts. Mais avec les télétransmissions directes, ces pratiques ne peuvent plus avoir lieu et c'est une des raisons du non accès aux médicaments actuellement. Les personnes affirment cependant qu'elles sont prêtes en contrepartie de l'aide des professionnels à régulariser leurs comptes, elles font au plus vite.

« Eh ben moi la pharmacie elle m'a avancé 2 mois de médicaments ils savent que je suis honnête ».

« La pharmacie nous l'a avancé et on l'a payé après (...) Pour moi un bon pharmacien c'est ça. Il ne va pas dire l'argent en premier, il va dire le soin en premier ».

« Si j'ai une urgence que j'ai un médicament qui me manque il me l'avancera sans ordonnance ».

« (...) je lui ai dit voilà, j'ai pas les sous ! J'ai besoin de médicaments, j'ai pas les sous mais je vous promets je viens vous régler demain. Il m'a donné la totalité de la cortisone qu'il y avait ».

besoin. J'aurais très bien ne jamais y retourner. Le lendemain, j'étais à la banque à 9h00 et je lui ai ramené les sous ».

« Il m'a quand même avancé trois mois de soins, environ 350 euros / mois, je veux dire c'est pas ...Finalement ça s'est arrangé grâce à plein de choses...le sécu a ...mais si ça c'était pas arrangé il aurait quand même...il m'avait donné les médicaments il m'avait donné tout ».

« Bon moi je sais que la pharmacie maintenant elle me dit : « bon ben vous avez une ordonnance pour 3 mois, au lieu de me donner les boites pour 1 mois elle dit je vous donne les grosses boites comme ça, ça vous fera des frais de franchise en moins. Comme ça, y'aura moins de franchises sur les boites quoi ».

Mais ce n'est pas le cas de toutes les pharmacies.

« Les médicaments ... ouah ! Il m'a refusé de les donner j'avais pas les 3 euros 80 qui sont pas remboursés, c'était pour le petit ».

« (...) Donc il m'a dit non, j'avance pas... ».

« Si je lui donne pas des sous ? Il me donne pas les médicaments ».

- **Des échantillons gratuits.**

Certaines pharmacies procurent également des échantillons de produits non remboursés aux patients en situations précaire ou donnent certains accessoires comme les seringues pour les produits injectables sans seringues fournies. Parfois la pharmacie fait « cadeau » de certains médicaments aux plus précaires.

« C'est ma pharmacienne, qui me les a filé. Elle s'est débrouillée pour avoir des échantillons ».

« (...) Heureusement que les pharmaciens en général sont bonne âme, et donnent les seringues ».

« Il m'a donné les médicaments sans rien demander ! Alors qu'il n'était pas remboursé ».

« Sur certains médicaments on n'est pas remboursé de la totalité. Souvent il ne demande pas, les 1 euros, les 1 euros 50, non il les demande pas. Il ne me les demande pas souvent. Il dit : « c'est bon ! » Je dis : « je vais vous les rembourser ? ». Il dit : « non, c'est bon, allez pour une fois c'est bien (...) ». Il dit pour une fois, mais c'est chaque fois ».

- **La substitution médicamenteuse.**

Il arrive également aux professionnels de substituer certains médicaments, en accord avec le médecin prescripteur, lorsque ce dernier a prescrit un médicament non remboursé.

« Des fois il change un médicament contre un autre, quand un de la même famille est remboursé ».

- **La livraison médicamenteuse à domicile.**

La livraison des médicaments à domicile pour les patients âgés précaires est synonyme d'accès médicamenteux. C'est également un gage d'une meilleure observance. C'est un service gratuit qu'offrent certaines pharmacies pour les personnes âgées ou celles qui ne peuvent pas se déplacer.

« Le nôtre, on téléphone au pharmacien, il vient chercher les ordonnances et il ramène les médicaments ».

(c) Les arrangements entre patients.

- **L'automédication.**

- L'armoire à pharmacie.

Dans leur armoire à pharmacie, on retrouve des produits de première urgence (compresses, antiseptiques, pansements) des antalgiques (paracétamol), des médicaments à visée ORL (sprays nasaux, sirops antitussifs ou fluidifiants), des inhibiteurs de la pompe à proton, de l'aspirine et les médicaments qui correspondent à leur traitement de fond.

« Quand on a un rhume, il faut déjà regarder ce qu'il y a dans sa pharmacie ».

- L'échange de médicaments.

Il arrive que certains patients qui ne peuvent pas avancer les frais de la consultation médicale chez le médecin traitant, s'échangent les médicaments entre eux (au sein d'une même famille, entre amis, voisins). Cette pratique dangereuse est pourtant courante, avec tous les risques qu'engendre l'automédication.

« Alors c'est devenu chez nous ! On magouille entre les médicaments qu'on a. On se les passe les uns aux autres. On ne sait pas ce qui est bon, n'est pas bon. On prend n'importe quoi, mais je ne peux pas payer pour ma fille et pour moi ».

« Non les médicaments pour la tête, elle n'a jamais ce qu'il faut alors j'en donne beaucoup à ma voisine ».

« Quand on n'a pas de mutuelle, quand on a besoin d'un médicament qui est cher et qu'on ne peut pas le payer, comment on fait ? Eh bien on voit avec les gens autour pour se dépanner directement ».

« Souvent aussi, on se prête les sirops entre nous. On ne sait pas toujours si c'est bien, mais quand on a pas le choix »

Certains patients consultent et demandent à payer une seule consultation pour plusieurs personnes malades au sein d'une même famille. Parfois ils demandent au médecin de rajouter sur l'ordonnance un médicament pour un autre membre de la famille, le médecin n'ayant pas examiné ce dernier.

« Moi je sais que ma fille quand elle doit aller au médecin, moi, j'y vais pas (...) On se les passe ».

- **Les remèdes naturels.**

Ils utilisent aussi des « remèdes de grand-mères », des préparations à base de plantes, pour les affections respiratoires, les coupures et les migraines entre autres.

« Quand tu te coupes profondément, ou qu'un enfant se coupe profondément ! Bon tu peux aller chez le pharmacien acheter du Stéri-strip® ça coûte la peau des fesses, et c'est cher la peau des fesses, donc tu fais cuire un œuf dur, t'écales l'œuf, tu sors la peau qui est collée contre la coquille et tu la poses des deux côtés de la coupure et tu serres. Donc le temps de faire ton œuf t'en as pour 5 minutes, en attendant tu te tiens la main, après tu mets l'œuf et puis tu mets une compresse dessus puis le gamin il se tient la main et il n'a pas besoin d'autre chose, c'est comme une suture. C'est impeccable et ça c'est des trucs qu'on fait quand on n'a pas ».

« Pour les verrues, les orties, le plantain tu frottes (...) on fonctionne à l'économie ».

« T'as de l'eau chaude dans ton radiateur, dans ton saturateur de radiateur elle est chaude l'eau, tu mets 2 branches de thym, tu changes régulièrement, ça t'assainit l'air et ça désinfecte et ça t'aide à respirer ».

« Quand t'as une sinusite, tu te fais une inhalation de thym, c'est nickel ».

« Moi je suis migraineuse, c'est l'horreur (...) les masques que vous mettez dans le congèl et quand vous avez mal vous appuyez dessus et en 5 minutes le mal de tête il vous passe (...) des masques qu'on vend en pharmacie, enfin moi je l'ai trouvé chez Tati, même pas en pharmacie parce qu'à la pharmacie ils sont chers... ».

« Ma maman elle nous faisait cueillir des bleuets ; bon on allait dans les champs à ce moment-là cueillir des bleuets... on les faisait sécher, on les mettait dans des sachets...t'as mal aux yeux allez hop »

« (...) Quand vous avez un abcès, par exemple un truc et que ça enfle, vous mettez des petits pois congelés dessus, c'est froid et ça adhère bien sur les volumes ».

« - Quand t'as mal à la gorge, du thé avec du miel dedans, ça m'évite de prendre un cachet.

- Moi je prends un grog, ça me fait bien transpirer ».

« Pour l'estomac, du thym, ça fait digérer... ou la sauge ».

« J'ai mal à la tête, je prends 2 rondelles de citron ».

(d) Les aides extérieures.

Les patients qui ne peuvent pas se déplacer pour se rendre à la pharmacie, du fait d'une pathologie lourde ou de l'absence de ressources financières, sollicitent alors des personnes extérieures pour aller récupérer un médicament à la pharmacie, comme le facteur dans cet extrait.

« Le facteur quand il est dans le coin, on lui dit : « eh dis donc tu peux pas me rapporter ça ...et ben il lui ramène ».

3.5. Observance et structuration sociale de l'individu.

La souffrance psychique n'existe pas uniquement chez les personnes en situation d'exclusion et de précarité. Elle revêt cependant chez ces dernières une importance considérable, représente une souffrance profonde et gêne leurs efforts de réinscription dans la société.

3.5.1. Un sentiment de honte.

Au cours de ces 14 années d'entretiens, un sentiment prédomine : celui de honte. La honte de demander au médecin traitant si ce que contient l'ordonnance sera remboursé ou non, de ne pas payer directement ses médicaments à la pharmacie ou sa consultation médicale avec une CMU-c en se sentant jugé par les autres patients. Honte de dire « j'ai la CMU ».

« On est montré du doigt : la CMU c'est une étoile jaune ».

« Ce n'est pas que l'autre qui est dans la salle d'attente qui paie sa consultation il dit : « oh il ne paie pas ! Le sentiment de honte ! ».

« Moi j'entends beaucoup dire, que ceux qui ont la CMU c'est des profiteurs ».

« Et ça c'est le plus important, la carte CMU, elle changera jamais la honte que tu peux avoir ».

Ils n'osent alors parfois pas se confier à leur médecin traitant.

« (...) ben non, et puis même au médecin traitant, on va pas lui dire ! Il a d'autres chats à fouetter. Que de lui dire : « ben ce matin, je sais pas, j'ai rien dans mon frigo ! » Enfin c'est pas qu'il en a rien à foutre mais ...».

« Pour manger par exemple, le docteur il dit : « vous mangez équilibré ? », « Ben oui ! » que je lui dis, ce matin j'avais la moitié d'un verre de lait et voilà. Je dis n'importe quoi au médecin traitant ».

« Quand j'ai des problèmes, j'ai honte de confier mes soucis car ils vont penser que je suis pauvre ».

3.5.2. Un sentiment d'infériorité.

Un autre sentiment largement présent est celui d'infériorité.

« Le plus dur c'est à la pharmacie. Quand il y a du monde derrière vous ».

« On se sent inscrit dans un autre contexte ».

« Si t'as pas de pognon, tu peux crever ».

« La façon de recevoir les personnes CMU et de marquer la différence des personnes en public, ce n'est pas génial (...) T'es catalogué avant de rentrer ».

« De toute façon : on était à deux vitesses et on arrive à la troisième vitesse pour ceux qui ne peuvent pas payer. Ceux qui peuvent payer qui ont du fric, payent et se font soigner, tu as ceux au milieu, la deuxième vitesse, ce sont les moyens qui ont leur propre mutuelle ou qui n'en ont plus et qui peuvent de moins en moins se soigner et tu as ceux qui n'avancent rien : la troisième vitesse ! Mais tu annonces que tu as la CMU et tu as rendez-vous trois mois plus tard ...mais tu ne paies pas ».

3.5.3. La peur du rejet.

En effet, la peur qui domine est celle d'être rejeté lors de la prise de rendez-vous médicaux, lorsqu'ils annoncent qu'ils sont bénéficiaires de la CMU.

« Aujourd'hui ma liberté s'arrête là où je dis : bonjour, je voudrais prendre rendez-vous, mais je suis à la CMU... ou je m'entends dire désolé on prend pas... et je continue ma liste sur l'annuaire du téléphone ».

« (...) chaque fois, je prends une paire de claques, c'est vraiment difficile. Parce qu'on a honte de nous quand quelqu'un vient se faire soigner et dit : « est ce que vous acceptez de me prendre ? » « on a honte ».

« Elle l'a crié ! Comme elle m'a dit ça ! Et elle a dit en déchirant le papier devant tout le monde, « vous ne pouviez pas me dire que vous êtes une CMU ! ».

« (...) Le médecin voit la précarité avant la maladie ».

« Avec la CMU, l'attente est longue pour un rendez-vous on a l'impression d'un filtrage de patients ».

La peur du rejet existe aussi par rapport à une pathologie donnée.

« - (...) alors par rapport à moi, c'est encore plus compliqué que ça ! Parce que ça ne s'arrête pas qu'au prix, ça s'arrête...voilà t'as compris...donc on en est là quoi...ça s'appelle de la discrimination mais enfin...

- J'ai telle pathologie est-ce que vous acceptez...

- Voilà moi il y a ça en plus

- Et c'est extrêmement difficile quand on soigne de voir quelqu'un qui dit : « voilà j'ai telle pathologie, vous acceptez de me soigner ? ».

3.5.4. La demande d'écoute.

En effet, certains patients se sentent parfois incompris par les médecins.

« Des fois on n'est pas entendu par le médecin ».

« Ça, c'est comme quand tu vas en diabétologie, tu vas une fois par an une journée complète. Ils vont te dire : « ah oui ! Mais vous suivez pas bien le régime, il faut manger ça, ça, ça ». Mais ils se rendent pas compte, que ça, ça, ça, mis bout à bout ça rentre pas dans mon budget du mois c'est tout. Mais ça ils veulent pas le savoir, quand tu leur en parles, c'est à toi de te démerder ».

3.5.5. Le sentiment d'être rabaissé, infantilisé.

« T'es pauvre donc t'es con »

« De quel droit tu te permets d'ouvrir ta bouche, tu connais rien. T'as pas un rond comment tu veux être instruite ? »

« Il faut pas prendre les gens pour des gosses. C'est pas parce que t'es gravement malade que t'es débile. C'est parce que t'as une maladie en ALD que t'es débile, que t'es con voilà; je veux dire des fois on te cause comme si t'avais 5 ans »

3.5.6. Le sentiment d'être parfois abusé.

D'autres se sentent parfois abusés par leur médecin traitant, notamment lorsqu'il les fait revenir chaque mois pour renouveler leur traitement de fond.

« Mais après tout, il s'est enrichi, il s'est payé une maison sur moi... Toutes les semaines j'y allais. Faut pas déconner... Il s'en foutait lui, il était payé. Moi, j'étais sur place, ça me coûtait rien d'y aller. Mais c'est pas ça. Mais c'est le fait, c'est vrai qu'il s'est enrichi sur mon dos. Vous savez ils en profitent aussi ».

« Je vois une copine, son médecin, hop ! T'as ton ordonnance, on te prescrit et puis au revoir au mois prochain. Y a d'autres qui prennent plus de temps, qui reprennent la tension, des trucs normaux que tu fais régulièrement ».

« Oui, parce que c'était au Haut du Lièvre, ils étaient venus chez une famille qui avait la CMU. La dame ça faisait 15 jours qu'elle avait la CMU. Sa petite fille était malade, le médecin de garde est venu. Il a dit, il a soigné la petite, puis quand il a dit le prix, elle a dit, ben j'ai la CMU. « Ah ben dites donc, si on avait que des gens comme vous, on ne serait pas beaucoup riche hein ! ». Ben vous savez, vous rangez votre carte de CMU dans votre poche et puis vous ne savez pas si vous les appelez après ».

« Moi, je me suis fait traitée de menteuse par téléphone. Le diabétologue il avait demandé des radios à elle, et puis quand j'ai été hospitalisée je les avais emmenées, et quand elle est sortie de l'hospitalisation ils avaient oublié de lui redonner et puis comme elle avait rendez-vous avec le spécialiste 15 jours après, il lui fallait. Je lui téléphone en disant, vous avez oublié de lui rendre. Il me répond, non Madame, vous ne nous les avez jamais données. J'ai dit je sais bien que c'est moi qui vous les ai amenées, je sais bien que c'est moi, j'avais le médecin au téléphone, ce n'était pas la secrétaire ou machin, c'était lui. Je ne demande jamais, vous êtes une affabulatrice qu'il m'a dit. Et il me raccroche au nez et 10 minutes après il me retéléphone en me disant ah vous aviez raison je les ai retrouvées. Mais il m'a pas dit excusez-moi de ce que je vous ai dit avant ».

B. Les entretiens semi-dirigés.

1. Objectifs.

L'objectif premier était de vérifier si les entretiens semi-dirigés validaient les résultats des 14 années de focus groups, ces derniers n'abordant pas le thème spécifique de l'observance médicamenteuse.

En effet, certains chercheurs suggèrent que les focus groups ne devraient pas être utilisés seuls, mais dans une perspective de triangulation. Selon certains, ils n'éclaireraient qu'une partie de la réalité sociale, et la déformeraient même parfois. Pour compenser ces lacunes, ils suggèrent de les combiner avec d'autres méthodes d'analyse : des entretiens individuels, des grilles d'observations, ou des questionnaires (55). Nous avons choisi les entretiens semi-dirigés. Ce choix repose essentiellement la place laissée à l'expression libre des patients sur un thème aussi vaste et compliqué que celui de l'observance médicamenteuse, ainsi que sur la possibilité offerte de relancer le dialogue en fonction des observations faites. Par ailleurs, les patients en situation très précaire peuvent rencontrer des difficultés avec l'écrit, les questionnaires paraissaient donc inadaptés. Le « contact direct » avec les patients en situation précaire est également plus intéressant, car il permet de pénétrer dans un univers souvent cloisonné.

L'objectif secondaire était d'étudier l'observance médicamenteuse chez les patients précaires pour les pathologies aiguës et les freins mis en avant. Ce thème n'a pas été abordé au cours des focus groups, et il nous a semblé intéressant d'aborder ce sujet avec les patients interviewés.

2. Matériel et méthodes.

2.1. Population étudiée.

Les patients ont été recrutés dans les cabinets de médecine générale de Meurthe-et-Moselle d'août 2014 à avril 2015 par A. Criton, médecin généraliste exerçant à Nancy, par J-J Derlon également médecin généraliste à Nancy, ainsi que par moi-même au cours des consultations, initialement en SASPAS puis en remplacement chez P. Plane, médecin généraliste exerçant à Jarville. Ces trois médecins travaillent beaucoup avec des patients en situation précaire, voire d'extrême pauvreté. Le travail de thèse a été présenté oralement aux patients, par moi-même

ou A. Criton, en précisant les objectifs de l'étude. Pour les patients vus au cabinet ou au foyer, l'autorisation d'accès à leur dossier médical leur a été demandée.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- patient majeur
- acceptant l'entretien et l'enregistrement audio
- maîtrisant la langue Française, mais pouvant être d'origine étrangère
- bénéficiant de la CMU, CMU-C, AME, ACS, AAH ou étant en ALD
- présentant au moins une maladie chronique (traitement depuis au moins 6 mois consécutifs), nécessitant au moins un traitement quotidien
- vivant en situation de précarité

La précarité était définie par des difficultés énoncées par le patient au moment du recrutement concernant l'absence de complémentaire santé pour raisons financières, des conditions de vies difficiles, logement précaire, absence de travail, ou travail instable.

L'inobservance médicamenteuse ne faisait pas partie des critères d'inclusion. Le but de l'étude étant de comprendre ce qui pouvait les faire adhérer ou non à un traitement pour une pathologie aussi bien aiguë que chronique. Par ailleurs nous cherchions à étudier le rapport aux médicaments des patients précaires. Si nous avions inclus que des patients non observants, les résultats auraient probablement été biaisés.

Ainsi, nous avons interrogé 7 patients jusqu'à arriver à saturation des données, 4 hommes et 3 femmes.

Sur les 7 patients, 6 étaient diabétiques. Cinq patients vivaient en HLM, deux patients en foyer au moment des entretiens.

2.2. Organisation des entretiens.

Les entretiens ont commencé en octobre 2014. Ils étaient toujours réalisés selon la convenance des patients, avec un rendez-vous fixé. Plusieurs choix étaient mis à leur disposition : dans un lieu neutre (cabinet, salle commune d'un foyer par exemple), à leur domicile ou à mon

domicile à Vandœuvre-lès-Nancy. Dans tous les cas, en cas de déplacement du patient, le transport aller-retour lui était dédommagé et le patient en était informé.

Ainsi, nous avons vu 3 patients au cabinet, et 2 à leur domicile et 2 en foyer. Les entretiens se sont toujours déroulés dans le calme, seul le patient et moi-même étions présents.

Nous n'avons pas fixé de temps limite, afin de pouvoir laisser les patients s'exprimer librement, sans contrainte horaire. Il était précisé que la durée de l'entretien dépendait d'eux, en fonction de ce qu'ils avaient à dire, et que ça pouvait durer de 15 minutes à 1h. Ainsi les entretiens allaient de 14 à 55 minutes pour le plus long, avec une moyenne de 37 minutes.

Les patients ont globalement été ravis de participer à l'étude, et ont montré beaucoup d'enthousiasme. Une patiente en revanche s'est montrée assez stressée. C'est l'entretien le plus court de 15 minutes.

2.3. Le script des entretiens.

Un script des entretiens a été élaboré à partir des différentes thématiques issues de la recherche bibliographique. Nous avons fait attention à élaborer le script avant la lecture et l'analyse des focus groups et il a été validé par une sociologue du cabinet Etudes et Développement de Nancy. Il a servi de « guide », de fil directeur pour moi, novice en la matière, le but étant de laisser parler le patient librement tout en le guidant sur certaines thématiques que nous cherchions à approfondir. Des questions ouvertes étaient ainsi le plus souvent utilisées afin de laisser une grande liberté d'expression. Chaque entretien démarrait par une brève présentation de l'étude. L'ordre des « questions » n'a pas été respecté, en dehors des questions « générales » sur le mode de vie et le niveau socio-économique, qui avaient pour but de mieux connaître les patients. Puis il y avait une partie sur le rapport aux médicaments en général, et le rapport à la santé et le monde de la santé. Durant chaque entretien, nous avons été très attentifs aux réactions des patients que nous avons ensuite retranscrites.

Annexe 2 : Script des entretiens.

2.4. Recueil des informations.

Chaque entretien a été enregistré avec l'accord des patients, à l'aide d'un dictaphone, puis retranscrit intégralement et le plus fidèlement possible en respectant l'anonymat des patients.

Leurs attitudes et réactions durant l'interview ont également été notées. Le dictaphone a vite été oublié par les patients qui parlaient plus aisément après quelques minutes de discussion.

2.5. Analyse des entretiens.

De même que pour les focus groups, une analyse qualitative a été effectuée.

Les entretiens ont d'abord été réécoutés et relus un par un, faisant l'objet d'une analyse individuelle, puis une analyse thématique a été réalisée en fonction des grands thèmes et mots clés dégagés par les entretiens.

3. Résultats.

3.1. Caractéristiques des patients étudiés.

Nous avons rencontré 7 patients pour les entretiens semi-dirigés, d'âge moyen 53 ans.

❖ Le premier patient que nous appellerons Mr 1.

Il s'agit d'un patient de 46 ans, vu en cabinet de médecine générale à Nancy, homme d'entretien à mi-temps en CDD depuis quelques semaines, bénéficiaire de la CMU de base, mais ne répondant aux critères de la CMU-Complémentaire. Il n'a pas les moyens de se payer une complémentaire santé. Il bénéficie également de l'ALD pour le diabète. Il vit en HLM avec sa femme et a une fille de 14 ans. Il dit ne pas avoir de soutien social particulier en cas de problèmes financiers ou autres. C'est un patient polyvasculaire qui a pour antécédents un diabète non insulino-dépendant, une dyslipidémie, une HTA, obésité, de l'arthrose du dos et aux deux genoux. Il ne présente aucune addiction. Son traitement de fond comporte : JANUMET®, METFORMINE, KARDEGIC®, SIMVASTATINE® et TAREG®.

❖ Patiente 2, Mme 2.

La seconde patiente, Mme 2 est la femme de Mr 1. Elle a 45 ans et a obtenu un emploi en CDD de femme de ménage quelques semaines avant le début de notre entretien. Comme son mari, elle bénéficie de la CMU de base mais est au-dessus du seuil pour bénéficier de la CMU-Complémentaire, et n'a donc pas de complémentaire santé faute de moyens. Elle est

bénéficiaire de l'ALD pour le diabète. Elle vit donc en HLM avec son mari et sa fille, et n'a pas d'entourage direct sur qui elle peut compter en dehors de son mari. Elle a pour antécédents un diabète non insulino-dépendant sous METFORMINE, et une luxation du coude post-traumatique. Elle n'a pas d'addiction. L'entretien a été très peu contributif, avec beaucoup de questions fermées, la patiente étant assez stressée et ne discutant pas spontanément.

❖ **Patiente 3, Mme 3.**

La troisième patiente, m'a accueilli à son domicile, un HLM très modeste qu'elle loue en périphérie de Nancy avec son compagnon. Elle a accepté de participer à ces entretiens suite à une consultation avec le Dr A. Criton. Nous avons ensuite eu beaucoup de mal à fixer une date pour l'entretien car son téléphone portable ne fonctionnait plus. Deux mois plus tard, elle avait récupéré un nouveau téléphone et nous avons finalement réussi à nous rencontrer. Elle a 55 ans, et ne travaille actuellement plus. Elle a enchaîné différents petits travaux précaires (dans le bâtiment, aide-ménagère, vendeuse) et bénéficie de l'AAH depuis 5 ans. Elle bénéficie de l'ALD pour le diabète, et la dyslipidémie. Elle est sous curatelle. Elle a 4 enfants qu'elle voit peu. Elle a une petite complémentaire santé. Elle a comme antécédents un diabète insulino-réquant, une dyslipidémie, plusieurs fausses couches et une grossesse extra-utérine. Elle a un antécédent d'addiction à l'alcool sevré partiellement depuis plusieurs années. Le tabagisme actif est estimé à environ 40 PA. Son traitement de fond comporte : METFORMINE, DIAMICRON®, XELEVIA®, LANTUS®, ATORVASTATINE et KARDEGIC®.

❖ **Patient 4, Mr 4.**

Le quatrième patient a été recruté au cours d'une consultation que j'ai effectuée au cabinet du Dr P. Plane. La salle d'attente étant vide et le patient d'accord, nous avons donc décidé de réaliser l'entretien dans l'instant. Il s'agit d'un patient de 62 ans qui ne travaille plus suite à un accident de travail en 2001 (Hernie discale opérée). Il a effectué différents travaux, agent de sécurité, cuisinier, chef de bars-restaurants à Nancy, et enfin chauffeur de bus. Il vit du RSA, mais ne bénéficie plus d'indemnités journalières même s'il est toujours en arrêt de travail dans le cadre de son accident du travail, il est en conflit avec la Sécurité Sociale, et cette histoire le marque profondément. Il est bénéficiaire de la CMU et de la CMU-C. Il loue un petit appartement en périphérie de Nancy. Il vit seul, est divorcé, et a deux enfants qu'il voit peu. Il a comme antécédent deux hernies discales opérées avec lombalgies chroniques, un syndrome anxio-dépressif avec tentative de suicide, une opération des varices des membres inférieurs. Il ne fume plus et ne boit plus d'alcool depuis 1997. Il a un traitement par ATARAX®, NORSET®, LYRICA®, VOLTAREN® COMPRIME ou IBUPROFENE et INEXIUM®.

❖ **La patiente 5, Mme 5.**

La cinquième patiente a été recruté par le Dr A. Criton à son cabinet ; nous avons ensuite eu du mal à fixer une date d'entretien, sa mère étant en fin de vie, hospitalisée à Metz. Quelques semaines après son décès, nous avons pu nous rencontrer à son domicile, un petit appartement HLM à Nancy. Une fois encore, plusieurs mois se sont écoulés entre le recrutement de la patiente et le déroulement de l'entretien. Il s'agit d'une femme de 63 ans, séparée de son mari depuis de nombreuses années, vivant seule. Elle est à la retraite depuis 5 ans pour inaptitude professionnelle, ancienne esthéticienne puis secrétaire dans l'entreprise de son ex-compagnon. Elle a deux filles qui ne vivent pas dans les proches environs. Elle est sous tutelle. Elle bénéficie de l'ALD pour son diabète et a une CMU-C. Elle a comme antécédents un diabète insulino-dépendant depuis 30 ans environ, une dyslipémie, un syndrome anxio-dépressif et un tabagisme actif. Son traitement comporte : ACTRAPID® 3 fois par jour, LANTUS® le soir et TAHOR®.

❖ **Le 6^{ème} patient, Mr 6.**

Il s'agit d'un patient de 64 ans, vivant dans un CHRS de Nancy depuis 2 mois. L'entretien s'est déroulé dans le bureau médical du foyer. C'est un ancien SDF, nomade, qui a parcouru différentes villes de France mais qui a également passé quelques mois en Amérique du Sud et en Afrique lorsqu'il était plus jeune. Il a fait un séjour en prison dans sa jeunesse. Il bénéficie du minimum vieillesse et paie tous les mois une complémentaire santé. Il n'a pas de liens sociaux et se décrit comme un solitaire. Il a été marié et a une fille dont il n'a aucune nouvelle. Dans ses antécédents on retrouve un diabète non insulino-dépendant, une hypertension artérielle, une hépatite C, des troubles du comportement, et un tabagisme actif. Son traitement comporte : METFORMINE, GLIMEPIRIDE, RISPERDAL® et AMLODIPINE.

❖ **Le 7^{ème} patient, Mr 7.**

Il s'agit d'un patient de 38 ans vivant également dans un CHRS de Nancy depuis 2 semaines, suite à l'incendie de son appartement. L'entretien s'est également déroulé dans le bureau médical du foyer. Il est actuellement au chômage depuis plus de 10 ans, il a été bûcheron auparavant pendant 5 ans. En dehors d'un de ses frères qu'il voit encore, il n'a pas de contact avec le reste de sa famille. Il est célibataire. Il est sous tutelle depuis de nombreuses années. Il bénéficie de la CMU et de la CMU-C ainsi que de l'ALD pour le diabète. Ses antécédents comportent un diabète insulino-réquant depuis 4 ans, et une schizophrénie. Il présente un éthyisme chronique et un tabagisme actif estimé à 20 PA. Son traitement comprend : APIDRA®, LANTUS®, et RISPERDAL®.

FIGURE 14 : Tableau représentant les caractéristiques sociodémographiques et médicales des sept personnes interrogées au cours des entretiens semi-dirigés.

	Lieu de l'enquête	Sexe	Age	Situation familiale	Emploi	Assurance santé	Mutuelle	Logement	Antécédents	Addictions
Mr 1	Cabinet	H	46	Marié	Homme d'entretien mi-temps CDD	CMU ALD diabète	Aucune	Locataire Appartement HLM	DNID Dyslipidémie HTA Arthrose genoux Obésité	Aucune
Mme 2	Cabinet	F	45	Marié	Femme de ménage mi-temps CDD	CMU ALD diabète	Aucune	Locataire Appartement HLM	DNID Surpoids	Aucune
Mme 3	Domicile	F	55	Divorcée Concubinage	Ne travaille plus AAH	ALD diabète	Mutuelle privée	Locataire Appartement HLM	Diabète insulino- réquérant Dyslipidémie Fausse-couche GEU Surpoids	Tabagisme actif : 40PA Ethyisme partiellement sevré
Mr 4	Cabinet	H	62	Divorcé Célibataire	Accident de travail 2001 Ancien chauffeur de bus RSA	CMU	CMU-C	Locataire Appartement	Hernies discales opérées Syndrome anxio- dépressif avec tentative de suicide Stripping varices	Tabagisme sevré
Mme 5	Domicile	F	63	Séparé Célibataire	Inaptitude professionnelle	ALD diabète	CMU-C	Locataire Appartement HLM	DID Syndrome anxio- dépressif Dyslipidémie	Tabagisme actif
Mr 6	Foyer	H	64	Divorcé Célibataire	Retraite Minimum vieillesse	ALD diabète	Mutuelle privée	CHRS Foyer	DNID HTA Hépatite C Troubles pyschiatriques	Tabagisme actif
Mr 7	Foyer	H	38	Célibataire	Chômage	CMU ALD diabète	CMU-C	CHRS Foyer	Diabète insulino- réquérant Schizophrénie Surpoids	Tabagisme actif Ethyisme chronique Consommation de stupéfiants

3.2. Analyse thématique transversale.

3.2.1. Facteurs de vulnérabilité.

(a) Une enfance difficile.

Les patients qui ont évoqué leur enfance, avaient tous des sanglots dans la voix.

Mme 3 a eu une enfance difficile, marquée par la maltraitance et le décès prématuré de sa mère.

« Enfin j'étais alcoolique depuis... parce que j'ai mes parents, enfin quand c'est mon père qui me gardait quand j'étais tout bébé, il me mettait de la vodka dans le biberon »

« Je suis, comment on dit, autodestructrice, parce que ma mère est décédée et j'ai pas supporté sa mort, à cause de mon père, parce que je sais qu'elle est morte à cause de mon père »

Mr 6 a également subi des violences de la part de sa mère dans son enfance, l'ayant poussé à fuguer et quitter rapidement le domicile parental. Il a mal vécu le divorce de ses parents.

« (...) essayez de faire plaisir à un et ne pas voir l'autre. Et puis des reproches parce que physiquement vous ressemblez plus à l'autre qui est détesté alors c'est vous qui prenez quoi »

«- Il y a eu des violences dans l'enfance ?

- Oui (...) de ma mère »

« J'ai commencé à fuguer j'avais 14 ans, et ... à mes 18 ans j'ai quitté définitivement la maison »

Mr 7 décrit aussi une maltraitance dans l'enfance. Il dit avoir subi des violences de la part de ses parents.

« De mes parents (...) Ma mère est handicapée, mon père est invalide, ils se prenaient tout le temps la tête, et après ils faisaient n'importe quoi »

(b) Un passé douloureux.

Mme 3 a été marquée par les nombreux décès de ses proches, dont son nourrisson, tué par son mari de l'époque explique-t-elle.

« (...) et par la suite, vu que mon gamin est décédé parce que son père me l'a étouffé... il avait quatre mois et six jours (soupirs) alors ce qui fait qu'il y a plein... suivant les années qu'on passées... il y a eu plein de décès alors ce qui fait que je suis devenue zinzin. Enfin c'est une façon de parler je sais bien que je ne suis pas aussi taré que ça »

Mme 5 a également vécu de nombreux drames dans sa vie, qu'elle n'a pas souhaité aborder durant les entretiens car il est trop douloureux pour elle d'en parler. Le simple fait de les évoquer la rend très émue, au bord des larmes. Elle évoque cependant une séparation difficile avec son ex-conjoint, le viol de sa fille, la douleur d'une vie de femme brisée.

« J'ai eu des drames dans ma vie, que j'ai eu du mal à surmonter (...) La vie ne m'a pas épargné, vraiment pas »

Mr 6 a passé quelques années en prison dans sa jeunesse, mais n'a pas souhaité en parler. Il a également été SDF pendant de longues années.

« (...) je suis passé par la case prison donc voilà »

« J'ai eu une période très difficile, et je me suis retrouvé piégé avec des gens qui ont profité de moi et de mon état de santé, et je n'arrivais plus à me sortir de ça »

« J'ai passé quasiment toute ma vie dans la rue »

(c) La nostalgie d'un passé glorieux.

Mr 4 a lui eut un passé glorieux dans sa trentaine, mais s'est retrouvé démuné, sans ressources, suite à la faillite de ses deux bars-restaurants à Nancy. Il reste très nostalgique de ce temps passé.

« J'ai tout perdu, dans les 20 millions, il y avait encore les francs, j'ai tout perdu dans les bars. Et puis après j'ai déposé le bilan. Les gens venaient, buvaient, « je paye demain, je paye demain », « j'ai oublié mon chèque », « j'ai oublié ma carte bleue » qu'ils me disaient et c'est ça qui m'a mis en rogne... »

« J'ai fait à manger pour Simone Veil quand elle est venue à Nancy (...) J'étais connu avant, tout le monde m'appelait »

« (...) les gens m'ont connu, j'avais deux voitures, je voyageais, je faisais des soirées des galas et tout. Du jour au lendemain je me retrouve sans rien (...) »

« On pense à ce qu'on a été, ce qu'on a fait, et ce qu'on est devenu à l'âge de 62ans. Voilà ! La personne qui a toujours été vive, qui sortait, qui voyageait, qui voyait du monde, du jour au

lendemain on se retrouve enfermé (...) Il y a des fois je ne mange pas pendant deux jours. Voilà... »

(d) Une instabilité géographique.

Durant la période où il a été SDF, le 6^{ème} patient que nous avons interrogé, **Mr 6**, explique qu'il a parcouru de nombreuses villes de France et même à l'étranger, notamment en Amérique du Sud et en Afrique. Il se décrit comme un « *vagabond* », qui ère de villes en villes, sans attaches. Il ne restait jamais plus de 6 mois dans la même ville. Il explique fuir dès qu'il se sent mal dans une ville et avoue avoir passé la majorité de sa vie dans la rue.

« (...) Presque toutes les villes (...) Si la ville me plaisait pas, je partais aussi tôt »

« (...) quand ça n'allait pas dans ma tête et ben ... je quittais tout, je plaquais tout quoi. Voilà »

« Ça dépend de comment je suis dans ma tête, c'est tout. Si tout va bien, je reste, si tout ne va pas bien, pour moi le refuge c'est de retourner à la rue quoi. C'est ce que je connais de mieux. Alors j'ai tendance à retourner vers ce que je connais le mieux »

(e) Une souffrance, un mal être psychologique marquée.

- **Menant à une détresse profonde.**

On retrouve en effet un mal être profond, une souffrance avouée qui se traduit par une souffrance psychique pour certains. Est-elle la cause ou la conséquence de la précarité ? **Mme 3**, **Mr 4**, **Mme 5** et **Mr 6** avouent avoir été traités à un moment de leur vie par antidépresseurs ou anxiolytiques.

Mr 4 a fait une tentative de suicide, **Mme 3** et **Mme 5** ont eu des idéations suicidaires avec hospitalisation au CPN pour **Mme 5**.

Mme 3 « (...) j'ai voulu me foutre en l'air pas mal de fois, alors euh... »

Mme 5 « (...) j'étais déprimée, presque je me mettais une balle dans la tête »

Mme 5 « (...) j'étais par terre, je ne pouvais plus marcher, je voulais... (En chuchotant) mourir, et je suis allée à Essey »

Mr 4 a fait une tentative de suicide qu'il impute au syndrome dépressif lié à son conflit avec la Sécurité Sociale, et les problèmes d'argent qui en découlent.

« J'ai essayé de me tuer il y a quelques années. (Sanglots dans la voix) Voilà, c'est comme ça. Je suis très, très anxieux, avec tous ces problèmes »

- **Un syndrome anxio-dépressif persistant.**

On note que **Mr 4** est toujours traité par antidépresseurs. **Mme 5** avoue prendre des anxiolytiques occasionnellement.

Mme 5 « (...) j'essaie de m'en sortir, j'ai encore de grands moments de détresse, de tristesse... »

*** Des troubles du sommeil**

Mme 3 « Il y a tellement de trucs qui nous travaillent et tout que ... »

Mr 7 « J'arrive pas à dormir »

*** La confiance perdue mène à une fragilité psychologique majorée**

Mr 4 « La confiance que j'avais... (...) Des fois je me rappelle le passé, comment j'étais, respecté par tout le monde, alors j'ai les larmes qui montent... »

*** Des moments de vie difficiles**

Mme 5 « (...) là quand maman est morte, c'est quand même moi qui l'ai accompagnée pour son cancer, j'étais à ses côtés jusqu'aux derniers instants, ça a été vraiment horrible (sanglots dans la voix) »

- **Des troubles psychotiques.**

Mr 7 est schizophrène. Il ne prend un traitement que depuis 2 semaines. Il est sous tutelle depuis de nombreuses années car n'arrivait pas à gérer son argent.

« Je ne sais pas gérer mon argent, c'est pour ça. J'aurai tout mon argent en main, je ne paierais pas de loyer, rien du tout. Je boirai du matin au soir, j'achèterai de la drogue, je ferai ci, je ferai ça. Après le loyer, il est pas payé. C'est déjà arrivé »

« En fait, j'ai peur de moi-même (...) Après j'arrive plus à me contrôler. D'un coup je ne me souviens même plus de mon nom, tellement je suis con. J'ai déjà eu des excès comme ça »

(f) Des habitations précaires.

5 des 7 patients interrogés vivent dans un HLM, 2 en foyer. J'ai effectué 2 entretiens au domicile des patients, **Mme 3** et **Mme 5** qui ont accepté de m'accueillir chez elles. L'appartement était très petit, une trentaine de mètres carrés tout au plus. Les meubles étaient vétustes, l'électro-ménager quasi inexistant. Une forte odeur de fumée de cigarette régnait chez **Mme 3**.

Mr 6 et **Mr 7** ont été vus dans le bureau médical d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) de Nancy. Le foyer comporte 50 chambres. Ces 2 patients étaient installés en chambres doubles et ont donc préféré qu'on effectue les entretiens dans le bureau médical.

Mr 6 y habite depuis 2 mois, il a été SDF la majorité de sa vie. Il explique qu'il a vécu quelques années dans un appartement à Alençon.

« (...) pour moi le refuge c'est de retourner à la rue quoi. C'est ce que je connais de mieux. (...) Vous savez, quand vous avez connu la rue, la rue ne vous fait pas peur »

Mr 7 qui a rejoint le foyer il y a seulement 2 semaines, comme nous l'avons mentionné plus haut suite à un incendie de son appartement, nous décrit un appartement insalubre.

« C'était rempli de punaises, je ne pouvais ne pas dormir de la nuit. Le matin j'étais rempli, on dirait la varicelle »

« Et il y avait des cafards je m'en foutais qu'ils soient là ou pas, ils ne piquent pas eux. C'est les punaises »

(g) Des addictions.

Nous avons en effet noté chez les patients interrogés deux dépendances à l'alcool, 1 patient est sevré depuis plusieurs années. 4 patients fument et un patient est sevré. Un patient nous confie avoir consommé des stupéfiants.

Mr 7, qui vit dans le foyer depuis 2 semaines, dit essayer de se sevrer, mais reste encore très tenté par l'alcool. Pour lui l'essentiel est : « d'avoir un effet ». Il dit s'être laissé « embarquer » par de mauvaises fréquentations, et qu'il a commencé à boire « pour faire comme tout le monde ». Il parle beaucoup de son addiction à l'alcool durant l'entretien. Il avoue avoir consommé du cannabis et être encore tenté.

« C'est plus facile l'alcool. Vous avez un peu d'argent, vous avez de l'alcool. Vous buvez 3-4 canettes, vous en avez pour quoi ? 5 euros en tout. Vous achetez du cannabis vous en avez pour 20. Tant que j'ai un effet ... »

« (...) je ne suis pas sevré à 100%. Demain je vais boire une ou deux cannettes, ça je le sais déjà d'entrée. Je ne sais pas où je vais m'arrêter. Avant j'avais plus de limites. Je dis oui à tout le monde, après je regrette. Plus de sous. Plus rien. Après vous leur demandez, eux ils ont rien. Alors là je ne préfère plus partager »

« (...) j'ai un peu touché à tout. Juste touché un peu, j'étais pas accro. Par contre, l'alcool c'est trop facile. Après les drogues aussi. Rien qu'ici il y en a plein aussi dans le bâtiment. Je connais des chambres ici, je peux y aller aussi »

Mme 3 fume. Elle explique que son addiction à l'alcool remonte à son enfance, où son père lui mettait de la Vodka dans le biberon, comme nous l'avons décrit plus haut.

« (...) j'ai même arrêté l'alcool fort. Bon je ne dis pas, si de temps en temps j'ai envie d'une bière, il me dit pas non, mais plus de vodka et des trucs comme ça, c'est fini »

« De temps en temps, si j'ai la crève je prends un grog et puis c'est bon »

Mr 4 est sevré en alcool et tabac. Il explique aussi ses addictions par sa détresse psychologique.

Mr4 « J'avais deux bar-restaurant plus jeune à Nancy (...) j'ai fermé en 1997, et depuis ce jour pas une goutte d'alcool pas une cigarette. (...) Je fumais beaucoup. Et je picolais beaucoup ; il y avait les clients qui rentraient, « allez boit un verre, boit un verre ... » et après je fermais à minuit, je repartais avec des clients faire le tour des bars de Nancy, je montais en Belgique en Suisse dans les boîtes de nuit, je faisais la fête, et du jour au lendemain j'ai tout arrêté »

(h) Des liens sociaux fragiles.

La fragilité des liens sociaux est très marquée pour la majorité des patients interrogés. Tous disent ne pas pouvoir compter sur quelqu'un en cas de soucis personnel, matériel, ou financier sauf **Mr 5**.

Mr 1 « - Si jamais il y a des soucis, des gros problèmes financiers, est ce que quelqu'un pourrait vous aider ? Qui pourrait vous conseiller, vous héberger ?

- Non. Parce que j'ai ma femme, à cause du mari de sa maman elle ne veut plus nous parler »

Mme 3 « Ah là non, non (...) et puis il y presque plus personnes de la famille qui est vivant. C'est dur »

Mr 6 « *S'il arrive quelque chose, je serais tout seul, comme d'hab. Ça ne me dérange pas, j'ai l'habitude* »

Mr 4 en parlant de ses 2 enfants

« *Parfois. Mais c'est pas toujours qu'ils viennent* »

(i) L'importance des liens sociaux dans la santé.

Mme 3 attribue une place très importante à compagnon dans l'amélioration de sa santé, mais également de son observance médicamenteuse.

« - *L'amour vous a beaucoup aidé ?*

- *Oui. Et j'ai même arrêté l'alcool fort* ».

« *Ça fait disons voir 2-3 ans qu'on est ensemble tous les deux, et ça va beaucoup mieux qu'avant* »

« *Le matin d'habitude je ne déjeune pas. Mais la par contre ces derniers temps, depuis que je suis avec mon bonhomme, le matin je déjeune, à midi je mange bien, le soir aussi* ».

« (...) *il vérifie derrière. Quand il met les assiettes, et qu'il prend le pain et ... tout ce qu'on a à manger, il met les médicaments comme ça (le pilulier dans l'assiette)* »

Mr 4 est ravi quand son fils, vivant en Suisse, lui rend visite.

« *Il y a que mon fils qui vient me rendre visite de la Suisse. Ça fait une semaine qu'il est là et qu'il m'a soulagé* »

Mr 7 ne voit pas l'intérêt de se soucier de sa santé puisqu'il se dit seul.

« (...) *j'ai pas de famille, j'ai pas d'enfants, j'ai rien derrière. Je ne vois l'importance* »

(j) De mauvaises relations.

Mr7 s'est « laissé embarquer » dans un trafic de drogue et de médicaments dans sa jeunesse. Il est également devenu alcoolique. Il se décrit comme facilement influençable.

« *Là où j'étais, il y avait de l'influence* »

« Déjà, j'étais dans la drogue, mais pas longtemps, mais j'y étais quand même ; médicaments j'y étais aussi, mais ça ne me plaisait pas. Après j'ai cherché la solution la plus facile, c'était l'alcool »

(k) Des ressentis négatifs.

Différents sentiments ressortent des entretiens :

La honte.

Mr 4 « (...) Quitte à se serrer la ceinture... j'ose pas aller dans les maisons qui donnent les aliments aux autres, j'aime pas y aller (...) Par honte, par ... voilà ... »

Mme 3 « Quand on a les moyens, ça va ! »

Mr 7 « J'avais honte parce que j'avais bu »

La pudeur.

Mr 4 « Je ne veux pas montrer aux autres que je suis dans la dépression totale... (patient très ému, tremblotant) J'ai une certaine fierté ».

Le dénigrement.

Mr 4 en parlant de son employeur « Il me disait que j'étais un fainéant, que je ne voulais pas travailler »

La solitude.

Mr 4 avoue rester longtemps sans voir personne. Le lien avec les professionnels de santé est parfois le seul lien qu'ils ont.

« Du jour au lendemain on se retrouve enfermé, pas le téléphone qui sonne »

Mr 7 préfère être seul

« Je ne supporte pas la collectivité »

L'insécurité.

Mr 4 « Je paie mon loyer régulièrement pour ne pas se retrouver dehors »

Mme 3 « - Et nos pauvres enfants, qu'est-ce qu'ils vont devenir quand ils auront nos âges ?

- l'avenir vous fait peur ?

- ah oui... effectivement »

L'angoisse.

Mr 4 « ça m'angoisse de tomber malade »

Le rejet.

Mr 4 « - (...) je lui ramené tous mes dossiers, sa réponse sur le coup « oui il ne faut pas se prendre pour les autres, les handicapés c'est un cas diff  rent » je lui ai dit « attendez, on ne parle d'handicapés, je suis venu vous voir parce que mon médecin est mort et je cherche un autre médecin sur le quartier » ; alors on a parlé de la rente et tout, elle m'a dit que c'est pas donné à tout le monde, il faut avoir une main ou pied coupé. Sa réponse était ...

- Vous vous êtes senti rejeté ?

- Oui, c'était la seule fois »

Le manque de confiance en soi.

Mr 7 « Ben j'ai pas confiance en moi »

La dévalorisation.

Mme 5 « (...) c'est bête ce que je dis »

Mme 5 « (...) mon raisonnement n'est pas très intelligent »

La révolte.

Les injustices sociales conduisent à la révolte de certains patients.

Mme 3 « Mais en plus de   a, ils vont encore augmenter la visite chez le médecin tout va augmenter encore une fois. Mais qu'ils nous augmentent nous ! Alors on n'a rien demandé à personne, et on nous prend encore des sous sur nous qu'ils se mettent dans la poche. Les gros bonnets là ! (...) tout ce qui est président tout ça, ça devrait ne même pas exister. Il y a plein d'endroits ils ne savent même pas ce que c'est un président ou une tête couronnée, et ils se débrouillent très bien comme ils sont. Alors, ou va le monde aujourd'hui on se le demande ! Et nos pauvres enfants, qu'est-ce qu'ils vont devenir quand ils auront nos âges ?   a sera encore autre chose »

Mr 4 « Il n'est pas sorcier pour savoir s'il y a des médicaments qui éveillent le monde ! »

Le découragement, un sentiment partagé.

Mme 3 « (...) il y a plein de fois où j'ai envie de laisser tomber »

Mr 4 « Des fois je me dis j'arrête tout »

Mme 5 « En tout cas plus ça va, et plus j'en ai marre »

Mme 5 « C'est trop pesant ... j'en ai marre »

(l) Le corps marqué.

Que ça soit par des traits tirés, des visages marqués par la misère, des cicatrices, ou encore les nombreux tatouages, on retrouve de nombreux traits de la précarité qui s'expriment par le corps.

Mr 6 a beaucoup de tatouages. Il se dit très introverti, a du mal à exprimer ses ressentis. Ses tatouages sont les marques de son passé douloureux passé en prison. Il a également 3 grandes cicatrices sur les avant-bras.

« (...) j'en ai quelques-unes (me montre ses différentes cicatrices) Ça c'est un accident, ça c'est un accident, ça c'est une connerie, un pari stupide »

Les tatouages représentent pour lui *« Des choses que je ne peux pas dire »*

Mr 7 présente lui aussi de nombreux tatouages sur le corps qu'il a fait dans sa jeunesse *« pour faire comme les autres »*, mais le regrette. Il présente également quelques piqûres de punaises sur l'avant-bras.

« J'ai plus jamais refais, quand on voit mon frère le résultat. Plus jamais il ne travaillera. Qui va le prendre ? Avec des pieds de biches qui vont jusqu'à l'oreille. Avec HDL (tatoué sur le front), vous allez à Vandoeuvre, vous vous faites massacrer »

3.2.2. Le rapport aux médicaments.

(a) Dénomination des médicaments.

Différents termes négatifs ont été utilisés pour qualifier les médicaments au cours des entretiens : « *piquouze* » pour évoquer l'injection d'insuline, « *médocs* », « *c'est un danger* », « *c'est inutile* », « *c'est une drogue* », « *c'est de la merde* », « *ça sert à rien* ».

Mr 4 fait la distinction entre le médicament princeps qu'il qualifie de « vrai » et le médicament générique. C'est également vrai pour **Mr 6** et **Mr 7**.

Mr 4 « (...) même avec le vrai nom, il donnait du générique »

Mr 7 « Il y a quand même une différence entre le vrai et le faux alors ? Le vrai est mieux alors ? »

(b) Une méfiance dominante.

Mr 1 et **Mme 2** disent avoir confiance dans les médicaments, mais **Mr 1** reste quand même prudent.

Mr 1 « Oui pour l'instant j'ai confiance »

Mme 3 est réticente envers certains médicaments.

« (...) je trouve que c'est de la merde. Désolée de dire comme ça, mais c'est ma façon de parler (...) moi je trouve que c'est de la merde, parce qu'on peut très bien se passer de médocs et prendre autre chose à la place. Des choses naturelles tout simplement (...) après pas tous les médocs sont de la merde (rires), pas tous les médocs, naturellement il en faut des médocs. Pour soigner plein de choses. (...) qu'ils trouvent des médocs pour soigner ceux qui ont le cancer ! Déjà pour commencer, hein »

Mr 4 est partagé, car il ne voit pas de réelle amélioration de son état physique ou psychologique :

« A vrai dire oui et non (...) Parce que j'en ai tellement pris, je ne vois pas de résultats, pas de guérison (...) Moi j'en prends tellement, et j'ai de plus en plus mal au dos »

Mme 5 se définit comme une patiente « anti-médicaments ». Elle en prend le moins possible, et accorde plus sa confiance à l'homéopathie.

« (...) parce que je suis anti-médicament »

« Vous voyez le DOLIPRANE®, vous revenez dans un an, la boîte elle sera encore là. Même si j'ai mal à la tête, je ne vais pas tout de suite prendre un DOLIPRANE® »

En parlant de l'homéopathie : *« Ben limite j'ai plus confiance dans ça »*

Mr 6 considère que les médicaments sont inutiles et dangereux, trop prescrits par les médecins.

« (...) quand un nouveau médicament sort, on les refile et les gens servent de cobayes. Pour moi un médicament c'est un danger »

« C'est inutile »

« Maintenant les gens vont à la pharmacie comme ils vont acheter des bonbons. C'est un peu abusé »

« C'est chimique ça sert à rien. Ça crée une dépendance et puis c'est tout »

« On peut vivre sans »

« Tout ce que je peux éviter de prendre, alors j'évite »

Pour Mr 7 les médicaments restent apparentés à une drogue.

« J'ai l'impression que je suis encore drogué par rapport aux médicaments là. Et les médicaments c'est quoi ? C'est une drogue quoi »

(c) Les qualités d'un « bon »
médicament.

Un bon médicament doit être efficace, remboursé et ne pas avoir d'effets secondaires gênants. Il faut également qu'il soit remboursé.

Mr 1 *« Il faut qu'il soit efficace, qu'on le supporte bien »*

Mme 2 *« Un qui fonctionne pour la maladie qu'on a »*

Mme 3 *« Oh, ben il faut qu'il marche bien »*

Mr 4 *« (...) c'est un médicament qui fait effet et on peut en parler à d'autres : « Tiens j'ai pris ce médicament là pour ça, il a fait effet, si tu vas voir ton médecin, propose-lui celui-là »*

Mr 4 *« Il doit être efficace pour tout le monde pas que pour moi et mon médecin, et aussi pour ceux qui le fabriquent (...) et doit être remboursé »*

Mme 5 « (...) efficacité, par rapport à la pathologie ou par rapport à la souffrance »

Mr 7 « Alors là ... je ne sais pas. (Silence) Je ne sais pas un médicament qui est efficace, et c'est tout »

Pour **Mr 6**, un bon médicament c'est « *Celui qu'on ne prend pas* ».

(d) Une connaissance mitigée de leur traitement de fond.

Mr 1 et **Mme 2** connaissent leurs médicaments mais en ont assez peu.

Mr 1 « Oui le matin le TAREG® avec JANUMET®, à midi un KARDEGIC® avec la METFORMINE® et puis le soir SIMVASTATINE avec le JANUMET® ».

Mme 2 « J'ai la METFORMINE à midi »

Mme 3 ne connaît pas ses médicaments par cœur.

« Alors attendez, je vais vous dire ça ». (Elle part chercher ses médicaments)

« (...) et à part ça j'ai aussi la piqouze, c'est du... (Lit sur la boîte du médicament) LANTUS® »

« (...) je sais plus comment ça s'appelle »

Mr 4 ne connaît pas ses médicaments.

« Comme les noms ont changé avec les génériques j'arrive pas à ... dites-moi les noms, je vous dirai lesquels »

Mme 5 se focalise sur son diabète et oublie spontanément de me parler de ses autres traitements.

« - Vous prenez d'autres médicaments tous les jours ?

- Rien. (Silence) Alors si, je prends un médicament pour le cholestérol, un comprimé par jour ça s'appelle.... (Elle regarde dans le tiroir sous sa table et cherche la plaquette le comprimés, posée à côté des insulines) Voilà (lit sur la boîte) ATORVASTATINE 10mg »

Mr 6 connaît ses traitements anti-diabétiques mais ne connaît pas son traitement anti-hypertenseur ni à visée psychiatrique qu'il ne prend pas.

Mr 7 ne connaît pas son traitement mais il a été modifié récemment.

« Je ne sais pas... je ne sais plus. Mais c'est depuis pas longtemps »

(e) L'observance pour les maladies chroniques.

Mr 1, Mme 2 et Mr 4 rentrent dans les critères de l'observance médicamenteuse pour les maladies chroniques puisqu'ils disent prendre plus de 80% de leur traitement.

Mr 1 « Ça m'arrive une fois, c'est pas tout le temps, c'est quand je pense à autre chose je prends pas le médicament et puis quand je me lève le matin pour prendre les médicaments du matin, je vois que j'ai pas pris celui de la veille (...) c'est pas souvent (...) maximum une fois par mois, parfois jamais, c'est surtout celui du soir ».

Mme 2 « -Ça arrive souvent que vous l'oubliez ?

- Oui, en ce moment oui (...) A peu près...3-4 fois (par mois) »

Mr 4 dit les prendre « tous les jours » avec occasionnellement des oublis « même pas une fois dans le mois », mais son adhésion reste très fragile et avoue, les larmes aux yeux, parfois vouloir abandonner « Des fois je me dis j'arrête tous ces médicaments qui servent à rien »

Mme 3 n'est pas observante.

« - Et vos médicaments vous les prenez toujours à la bonne heure, c'est-à-dire l'heure prescrite quand vous les prenez ?

- Non, je n'ai pas d'heure précise (...) Bah il y a plein de fois où j'ai envie de laisser tomber, de pas prendre du tout et parfois je fais pas »

Mme 5 rentre dans les critères de non observance médicamenteuse pour son diabète car elle fait certes ses 4 injections d'insuline par jour, mais n'adapte jamais les doses d'insuline à sa glycémie capillaire. Sa dernière Hba1c (qui date d'un an) va dans ce sens : 11.6 %.

« Je ne fais plus rien ... Je fais juste mes piqûres, je fais toujours les mêmes doses, et ça fait quand même quelques temps que je ne fais plus de dextros, c'est-à-dire que si je fais une hypo, je la sens arriver par rapport à des tremblements, de la transpiration, donc je fais un dextro pour savoir où j'en suis (...) Mais je continue les piqûres d'insuline. Même dans les périodes pénibles de ma vie, j'ai toujours fait les injections (...) Toujours la même chose : 11 le matin, 14 à midi, 14 le soir et 26 de LANTUS® à 22h. Et ça je me fais tout le temps, je ne cherche même pas à comprendre, si j'ai beaucoup de sucre ou pas »

Mme 5 est en revanche observante pour son traitement contre le cholestérol avec des oublis « très occasionnels ».

Mr 6 n'est pas observant. Pendant des années il n'a pas pris son traitement anti-diabétique. Actuellement il dit le prendre quotidiennement parce qu'il est accompagné, on lui donne les médicaments.

« Si, ceux pour le diabète je le prends maintenant (...) parce qu'on me les donne »

Mais il ne prend pas son traitement anti-hypertenseur ni à visée psychiatrique.

« Non. Et puis ça ne m'intéresse pas »

Mr 7 n'a pas été observant pendant des années. Il n'a fait aucune injection d'insuline pendant un an. Il dit cependant être observant depuis deux semaines, date de son arrivée au CHRS.

« Je ne les faisais plus. J'ai plus fait pendant un an »

« Avant que je vienne ici, je ne prenais plus de médicaments »

(f) Raisons invoquées de l'inobservance dans les maladies chroniques.

La lassitude : prendre son traitement tous les jours est pesant.

Mme 3 *« Bah il y a plein de fois où j'ai envie de laisser tomber, de pas prendre du tout, ni rien, quand j'ai pas envie (...) C'est pas une question de souvenirs pas souvenirs. Je sais tout le temps que je dois prendre des médocs, mais il y a des fois j'ai pas envie c'est tout. Ca me dit rien de ... (soupirs) »*

Mme 5 *« Mais franchement, depuis 30 ans, j'en ai juste un peu marre (...). Alors moi quand on a découvert mon diabète, quand on m'a expliqué, dans ma tête je me suis dit je vais faire le traitement, tout comme il faut, et pis voilà (...) C'est trop pesant ... j'en ai marre »*

Une volonté qui n'est pas au top.

Mme 5 *« (...) il y a aussi une part de ma volonté qui n'est pas au top (...) Alors il y a des moments je veux me prendre en main, alors je le fais 3 jours et puis voilà »*

L'oubli.

Mr 1 *« C'est parce que je pense à autre chose »*

Mme 2 *« (...) Euh... je sais pas, c'est... je rentre euh ... ça me sort de la tête. Quelques fois j'oublie de le prendre à midi mais je le prends le soir »*

Mme 3 *« Mais de toute façon il le sait que j'oublie, il me connaît très bien »*

Les effets secondaires redoutés.

Mr 4 a arrêté un antalgique pour ses lombalgies chroniques à cause des effets secondaires.

« Pour la douleur oui je me sentais pas bien avec, je ne sais plus lequel »

L'absence de résultats tangibles.

Mr 4 se dit découragé par l'absence de résultats cliniques.

« (...) j'en ai tellement pris, je ne vois pas de résultats, pas de guérison (...) »

L'absence de bénéfice immédiat.

Mr 7 *« On le prend ou on ne le prend pas c'est pareil »*

Le caractère asymptomatique de la maladie.

Mme 3 *« Parce qu'avant oui, il y a quelques années par contre j'avais des vertiges, j'étais parfois en baisse et tout. Et là c'était plus important. Alors là, je prenais mieux »*

Des problèmes de vie qui éloignent l'attention du sujet à la gravité de sa maladie et à son traitement.

Mme 5 évoque aussi des soucis personnels faisant passer son diabète au second plan.

« J'ai eu des drames dans ma vie ». (...) Des fois je me dis « allez, t'envoie balader tout le monde, tu ne t'occupes que de toi ! »

Mr 7 évoque un bouleversement dans sa vie. Il est devenu alcoolique, et sa santé n'était plus importante à ce moment-là.

« Je buvais, je buvais, je m'en foutais de tout »

Un rapport au temps qui est marqué par une vie inscrite dans la précarité temporelle.

Mme 3 *« Non, je n'ai pas d'heure précise »*

Un manque de confiance dans la finalité du traitement et des médicaments

Mr 6 *« J'ai pas envie de servir de cobaye quoi »*

Mr 6 *« Parce que ça ne sert à rien. C'est chimique ça sert à rien »*

La crainte d'un risque d'une dépendance supplémentaire .

Mr 7 *« Ça crée une dépendance et puis c'est tout »*

(g) L'observance pour les pathologies aiguës.

- **Consultation chez le médecin ou avis du pharmacien ?**

Pour les pathologies aiguës, **Mr 1**, **Mr 4** et **Mme 5** vont consulter leur médecin traitant.

Mr 1 « *Je vais d'abord voir le médecin* »

Mr 4 « *Ben mon médecin* »

Mme 2 et **Mme 3** demandent parfois conseil à leur pharmacien avant d'aller éventuellement voir leur médecin.

Mme 2 « *Quelques fois je demande un conseil au pharmacien mais je viens plutôt voir le Docteur* »

Mme 3 ira directement voir son pharmacien pour la conseiller, quitte à acheter un médicament comme de la LYSOPAINE® ou du FERVEX®, puisque de toute façon « *il y a plus rien de remboursé pour ça* ».

Mr 6 dit ne pas consulter, et **Mr 7** va voir son médecin que lorsque c'est vraiment nécessaire selon lui.

- **Une observance particulière.**

L'observance est bonne dans certains cas en cas de pathologies aiguës, mais pour certains, quand il s'agit de médicaments non remboursés ou de médicaments à visée psychiatrique, ils ne sont pas pris. Les antibiotiques sont aussi arrêtés plus tôt ou pas pris du tout.

Mr 1 et **Mr 4** disent **prendre leur traitement jusqu'au bout, comme prescrit en cas de pathologie aiguë.**

Mr 1 « *Si c'est marqué sept jours je les prends sept jours* »

Mr 1 « *Et puis là il m'avait donné un médicament que je devais prendre pendant quinze jours, je l'ai pris quinze jours, même si j'avais plus mal (...) Alors j'ai tout pris ; je vous écoute !* »

Mr 4 « *Je fais attention à tout ce qu'il me dit* »

Mme 2, Mme 5 et Mr 7 ne sont pas observants en cas de pathologies aiguës.

Mme 2 en parlant de collutoires.

« Et ça je sais que je ne le prends pas (...) Il est prescrit sur l'ordonnance mais à la pharmacie je ne le prends pas ».

Mme 5 a reçu un traitement contre l'anxiété (ATARAX®) après le décès de sa mère qu'elle n'a pas suivi.

« Le docteur m'a donné ça après le décès de maman, j'ai pas pris, parce que en plus je suis anti... (silence) »

Idem pour un antibiotique qu'elle n'a pas suivi jusqu'au bout comme recommandé *« parce que ça allait mieux sûrement ».*

« - C'est un antibiotique, AMOXICILLINE (...) Que je n'ai pas dû prendre jusqu'au bout... »

Dans son armoire à pharmacie on retrouve également deux flacons d'ELUDRIL® périmés non entamés, et un flacon de CARBOCYSTEINE entamé périmé et un flacon d'HELICIDINE® sur la table non entamé.

« Je vois qu'il y a de l'HELICIDINE® sur la table, c'est pour toux sèche, c'est votre docteur qui vous l'a prescrit ?

- Oui, regardez (sort le flacon d'HELICIDINE® de son emballage)

- Même pas ouvert ? Pourquoi vous ne l'avez pas pris ?

- Ben parce que je ne tousse pas ! Je ne tousse plus !»

En parlant d'un médicament homéopathique contre les troubles du sommeil, elle n'a pas respecté la posologie.

« J'en avais pris 3 nuits, 70 gouttes je crois, alors moi j'avais mis que le moitié »

Mr 7 n'est pas observant. Son dentiste lui avait prescrit un antibiotique avant une extraction dentaire qu'il n'a pas pris.

« Oui mais je ne les ai pas pris. Ils sont tous dans le gobelet là »

Mr 3 s'automédique en cas de pathologies aiguës

Notamment ORL, avec des « remèdes » ou ira demander conseil à son pharmacien de quartier.

« Si j'ai la crève je prends un grog et puis c'est bon ! »

« (...) la fleurette aussi. On fait une bonne salade avec ça, ça évite ...comment on dit, d'avoir mal à l'estomac, d'avoir la diarrhée »

Mr 6 dit ne pas consulter.

(h) Raisons invoquées pour justifier de l'inobservance pour les pathologies aiguës.

L'aspect financier : Les médicaments non remboursés.

Mme 2 évoque la prescription de médicaments non remboursés, qu'elle n'ira pas acheter en pharmacie.

« - C'est déjà arrivé que sur l'ordonnance il y a des médicaments qui ne sont pas remboursés ?

-Oui (...) Et ça je sais que je ne le prends pas »

La crainte des effets secondaires.

Mme 5 craint les médicaments dans lesquels elle a peu confiance *« je suis anti-médicaments »* avec la peur de certains traitements, comme l'ATARAX®, qu'elle ne prend pas.

«(...) comme j'ai peur de faire une hypoglycémie la nuit, et comme je vis seule, j'ai peur que ça m'endorme trop profondément et que je ne me rende pas compte si je fais une hypo »

Elle préfère tout de même avoir l'avis de son médecin sur sa pathologie.

« (...) Rien que de le voir je suis guérie ! »

Le manque d'informations sur les médicaments prescrits.

Mr 7 évoque un manque d'informations sur les médicaments prescrits.

« Ils ne m'ont pas bien expliqué, ou je n'ai pas bien compris. Après ils m'ont dit que c'était des antibiotiques, mais moi je croyais que c'était des EFFERALGAN®, alors moi j'ai dit j'ai pas besoin d'EFFERALGAN® mais j'ai pas mal. Alors le dentiste m'a dit, si vous avez pas mal, alors ne le prenez pas. Je croyais que c'était ça, mais c'était autre chose »

Le corps qui se défend seul.

Mr 6 *« attend que ça passe »*.

(i) Des mesures palliatives parfois dangereuses.

Quand **Mr 1** et **Mme 2** oublient leur traitement, ils prennent le ou les comprimés oubliés à la prochaine prise prévue.

Cela peut s'avérer dangereux, notamment pour **Mr 1** qui prend alors 2 comprimés d'un antidiabétique oral en même temps. Pour **Mme 2** c'est moins grave car il n'y a pas de double prise.

Mr 1 « Je prends ceux du soir avec ceux du matin, je sais si ça se fait ? »

Mme 2 « Quelques fois j'oublie de le prendre à midi mais je le prends le soir »

Mr 4 utilisera des sirops antitussifs anciens, plusieurs mois après leur ouverture.

« (...) Et comme il en reste toujours un peu, ils disent que c'est à utiliser dans les 15 jours qui suivent l'ouverture, moi je le prends après, il y a pas de mal »

(j) L'importance du pilulier pour les patients en grande pauvreté polymédiqués.

Mr 1, **Mme 3** et **Mr 4** ont un pilulier.

Mr 1 et **Mr 4** ont un journalier.

Mme 3 a un semainier qu'elle a acheté.

Mme 2, **Mr 6** et **Mr 7** n'ont pas de pilulier.

Le pilulier favorise l'observance.

Mr 1 et **Mr 4** qui ont un pilulier sont observants pour les pathologies chroniques comme vu plus haut puisqu'ils disent prendre plus de 80% de leur traitement. **Mme 3** en revanche, dispose d'un semainier mais rentre dans les critères de non observance.

Mr 1 « J'ai un pilulier matin, midi et soir (...) quand j'arrive au dernier médicament, hop je le rempli pour le lendemain, comme ça je suis tranquille (...) Il est dans l'armoire et puis quand je prends mon bol pour le petit dej' et ben je le vois, comme ça... »

Mme 3 « *La metformine et l'atorvastatine oui, ceux-là je les prends régulièrement. Aussi bien le matin au petit-dej, et puis le soir au repas du soir voilà (...) ouais je vois qu'ils sont dans le pilulier ces deux-là* »

Mr 4 utilise son pilulier journalier donné par son pharmacien, uniquement lorsqu'il sort de chez lui, pour sa prise d'antalgique à 16h.

« *J'ai des médicaments à prendre pour 16h, comme ça quand je suis dehors ...* »

Les limites du pilulier.

Un problème se pose pour le pilulier, c'est que les sachets de KARDEGIC® par exemple ou les seringues d'insuline n'y rentrent pas. **Mme 3** avait oublié de me dire initialement qu'elle prenait du KARDEGIC®.

Mme 3 « - *Ah oui, regarde j'ai aussi celui-là à prendre (me tends la boîte de médicament)*

- *Le KARDEGIC® d'accord. Celui-là ne rentre pas dans le pilulier ! Vous l'aviez oublié du coup*

- *Oui je l'oublie plus* »

Mme 5 n'a pas de pilulier mais ne prend qu'un comprimé d'ATORVASTATINE par jour, le reste étant des stylos à insuline.

« *Le fait que je fasse mes piqûres, le matin le midi et le soir, j'ouvre le tiroir, je le vois et je le prends* »

(k) Médicaments non remboursés.

Un frein pour certains.

Comme on l'a vu plus haut, la prescription de médicaments non remboursés est un frein à l'observance.

Le médecin traitant de **Mme 2** lui a déjà prescrit des médicaments non remboursés, qu'elle n'achète pas en pharmacie.

« *C'est pour les sprays pour la gorge (...) Et ça je sais que je ne le prends pas (...) Il est prescrit sur l'ordonnance mais à la pharmacie je ne le prends pas* ».

Une acceptation pour d'autres.

Mme 3 ira acheter des médicaments non remboursés, comme du Paracétamol orodispersible car « plus pratique » ou des pastilles pour la gorge.

« Une autre fois quand j'étais allé chercher je sais plus quoi, un médicament qu'A. m'avait prescrit, en supplément de ce que j'avais là, j'ai dû payer aussi alors... »

- C'était quoi ?

- Je me souviens plus...

- Et vous l'avez pris quand même ?

- Bah oui »

Mr 4 ira acheter du GAVISCON® en pharmacie car il ne souhaite pas la forme générique, ainsi que de la LYSOPAINE® car de toute façon, aucun médicament pour les maux de gorge n'est remboursé.

« Non à part le GAVISCON® mais c'est rare »

« Avant par exemple les pastilles LYSOPAINE® étaient remboursées, maintenant elles le sont plus, c'est pour la gorge, il y a 4 – 5 mois j'ai dû acheter une boîte parce que ça irritait, j'arrivais même plus à parler. La seule fois. J'ai aussi du sirop dans l'armoire, mais c'est celui que le médecin a prescrit et qui était remboursé »

Un problème qui ne se pose pas pour Mr 1 et Mr 7 car leur médecin ne prescrit que des médicaments remboursés.

Mr 1 *« Jusqu'à présent j'ai toujours eu des ordonnances remboursées »*

Mr 7 *« Non. Il fait attention »*

(1) Les médicaments génériques.

Une acceptation variable.

Comme dans les focus groups, le princeps reste globalement le « vrai » médicament, notamment **Mr 4**.

Mr 1, Mme 2 et Mme 5 disent accepter les médicaments génériques sans problèmes.

Mr 1 « (...) Autrement il y a parfois des génériques ; mais moi j'accepte les génériques quand il m'en donne (...) pas de problème. Je ne suis pas mort encore ! »

Mme 2 « Il n'y a pas de problèmes »

Mme 5 « (...) Il ne me donne plus du TAHOR® il me donne celui-ci maintenant (désigne la boîte d'ATORVASTATINE) (...) je les prends »

Mme 3 est hésitante, elle ne sait pas trop quoi en penser, mais les accepte en pharmacie.

Mme 3 « Oh, alors j'en sais rien, j'en ai déjà eu. Il m'en donne »

Mr 4 se contredit, reste réticent.

Au début, il ne parle pas de lui, n'emploie pas « je » mais parle des personnes âgées.

« (...) c'est ce qui leur fait peut-être peur, des dépressions nerveuses, ils s'énervent, et ils ne veulent pas prendre ces médicaments par peur d'être malade ou de ne pas avoir une réaction positive par ce médicament »

Il s'informe via des débats télévisés, mais reste perplexe.

« Je regarde des débats à la TV, certains disent qu'ils sont pour, d'autres contre. Ils disent qu'en Amérique il y a plein de génériques et il y a personne qui se plaint. Alors pourquoi ici en France les gens ils se plaignent (...) alors que c'est le même juste il y a le nom qui change en générique »

Il avoue finalement préférer le princeps, mais s'est résigné à accepter les médicaments génériques.

« Même ici, mon médecin il me marque souvent les vrais noms, et à la pharmacie il me donne les génériques. Mais comme je connais le pharmacien qui gère, je lui dis vous me donnez ce qu'il y a dessus, alors il ne rechigne pas. Il me donne le vrai médicament qui était avant, MOPRAL® et pas OMEPRAZOLE »

« Ben après j'ai accepté pour ne se montrer très ... voilà. Et ça marche quand même »

Mme 5 accepte les médicaments génériques comme l'ATORVASTATINE avec toujours la crainte que ça ne fasse « pas le même effet » mais préfère le DOLIPRANE® au PARACETAMOL.

« (...) il me faut du DOLIPRANE®. Donc c'est dans ma tête. Le générique, j'ai l'impression que c'est moins efficace (...). Il n'y a que le DOLIPRANE® que je veux vraiment du DOLIPRANE® ».

Les génériques « *j'ai l'impression que c'est moins efficace (...) que ça soigne moins bien, c'est bête, mais bon* ».

Mr 6 est également réticent, mais les accepte par « obligation ».

« *Je pense que c'est pas efficace (...) Mais bon ils imposent le générique. Mais je n'y crois pas* ».

Mr 7 n'a pas de traitement générique prescrit, mais dit qu'il les accepterait.

« *Si je devais en prendre, je pense que c'est pareil* ».

Générique : une notion floue pour certains.

Mr 1 « *Parce que parfois même la metformine il me le donne en générique* ».

Mme 2 « - *Oui ben pour le diabète vous avez de la metformine, c'est bien de la metformine que vous prenez ?*

- *Oui*

- *Oui c'est un médicament générique vous le saviez ?*

- *Non, non je ne le savais pas* »

Mr 6 « *Euh, non j'en ai plus. J'ai METFORMINE et GLIMEPIRIDE (...) Ah bon, c'est des génériques ?* »

Mr 7 « - *Vous savez un peu ce que c'est un médicament générique ? C'est quoi pour vous ?*

- *Oui, c'est un médicament remboursé. Il y en a qui sont pas remboursés, mais ça c'est les autres* »

Les noms parfois compliqués peuvent expliquer la réticence de certains patients.

Le nom générique est en effet plus long et souvent plus difficile à prononcer et à retenir avec des noms « barbares » qui peuvent effrayer.

Mr 4 « *C'est un gros mot, euh un long mot quoi* »

Malgré le fait que les patients reçoivent le médicament générique, ils se souviennent du nom du princeps mais pas du nom générique.

Mr 4 « (...) *j'arrive pas à ... dites-moi les noms, je vous dirais* »

Mr 4 « - Ben c'est le NORSET®... Ou alors son générique (...)

- MIRTAZAPINE ?

- Oui voilà ça doit être ça voilà »

Mr 4 « Oui il est remplacé par un générique je sais plus le nom »

Mme 5 « - (...) il ne me donne plus du TAHOR®, il me donne celui-ci maintenant (désigne la boîte d'ATORVASTATINE) ATOR ...

- Oui le nom générique est plus difficile à prononcer

- Oui c'est sûr »

Une mauvaise information.

Mme 5 évoque une mauvaise information lors de la mise sur le marché des médicaments génériques, qui peut expliquer une certaine réticence.

« Je pense que c'est une mauvaise information, qui est mal passée, à la période où ils ont décidé de remplacer par des génériques. L'information a dû mal passer puisque, moi, quand je parle avec mes amis : « ah non ! Moi je ne veux pas de générique puisque moi quand il m'a déjà donné des génériques et ça ne fait pas le même effet maintenant » (...) C'est dans ma tête »

(m) Renouvellement des médicaments.

Tous les patients disent être à jour dans le renouvellement de leur traitement, cependant **Mr 6** et **Mr 7** ne l'ont pas toujours été et mettent cela en relation avec leurs difficultés de vie.

Mr 1 « Je fais en fonction que j'en ai toujours. J'essaie de compter combien il me reste sur la plaquette par exemple et puis j'essaie de prendre rendez-vous avant la fin du médicament »

Mme 3 « - C'est jamais arrivé que vous n'ayez plus de médicaments ?

- Non, non »

Mr 6 n'a pas pris de médicaments pendant longtemps, étant SDF et méfiant des médecins, il ne consultait que très rarement.

Mr 7 dit avoir été à jour sauf une année difficile qu'il a passé où il a sombré dans l'alcoolisme. Il n'a pas vu son médecin durant toute l'année. Il décrivait un sentiment de honte à aller le voir dans un état d'alcoolisation.

« Combien de fois mes collègues m'ont dit : « va chez le docteur ! » Alors j'ai dit : « oui, oui ». Et puis j'allais dehors, et je disais : « ah non, il n'est pas là, il est absent ou il est en vacances ! ». Je me cherchais des excuses pour ne pas y aller. J'avais honte parce que j'avais bu »

(n) L'automédication.

Tous avouent s'automédiquer parfois, notamment pour des pathologies digestives ou ORL, sauf **Mr 6** et **Mr 7** qui vivent en situation de plus grande pauvreté.

***Mr 1** « (...) le SMECTA®, ça nous arrive qu'on ait un petit problème »*

***Mme 2** « (...) quelques fois il me reste du sirop, je prends ou quand j'ai mal à la gorge je vais surtout chercher de l'acti.. ACTIFED® aussi »*

***Mme 5** « (...) si il y a un problème, je me soigne un peu toute seule (...) J'ai des SMECTA® (...) au cas-ou (...) capsules vaginales (...) il y a toujours une plaquette de LYSANXIA®, il le sait le docteur, au cas-ou »*

Mme 5 en parlant d'un sirop HELICIDINE® :

« (...) c'est des produits que je peux garder, quand je sens que j'aurai un peu de toux je le prendrai quoi »

Mme 3 utilise beaucoup de remèdes transmis par sa mère, **Mr 4** en utilise certains.

***Mme 3** « (...) si j'ai la crève je prends un grog et puis c'est bon ! (...) Il n'y a rien de mieux que les remèdes de grands-mères ! Comme à l'époque de ma mère ou ma grand-mère, c'est ma grand-mère qui a montré à maman, aussi bien des soupes d'orties tout ça (...) ça nettoie tout, ça enlève aussi bien les impuretés, ça enlève la bronchite »*

***Mme 3** « (...) le pissenlit ! C'est bien ça ! La salade de pissenlit tout ça, c'est plein de vitamines »*

***Mme 3** « Les champignons des bois naturellement, pas les champignons des champs ; quand on les boit c'est bien. Et la fleurette aussi. On fait une bonne salade avec ça, ça évite ...comment on dit, d'avoir mal à l'estomac, d'avoir la diarrhée. Ça nettoie tout. En plus c'est des fortifiants. Et il y a toutes les vitamines qu'il faut dedans »*

***Mme 3** « Simplement des racines, des pousses de soja par exemple (...) c'est aussi bien pour les extinctions de voix, par exemple quand les gonzesses elles ont leurs règles au début, ça va tout bien ! »*

Mr 4 « Ben un rhume ou la gorge, moi je prends un verre de lait tiède avec du miel »

Les pathologies ORL sont souvent évoquées dans l'automédication :

Mr 6 « Pour moi ça va passer comme c'est venu quoi »

Mr 7 « Je ne prends rien, ça guéri tout seul (...) Ça dure une semaine, deux semaines et hop c'est guéri (...) Les médicaments ça met autant de temps. Parfois une semaine, deux semaines et après c'est guéri »

(o) L'armoire à pharmacie.

Dans leur armoire à pharmacie, on retrouve leur traitement de fond, avec des stocks plus ou moins importants, ainsi que des antalgiques et des traitements pour les pathologies ORL, notamment des sirops antitussifs. Les entretiens réalisés au domicile du patient ont été particulièrement intéressants sur ce sujet car nous avons pu partager autour de la pharmacie, ce qui a été le cas pour **Mme 3** et **Mme 5**.

Mr 1 a dans son armoire à pharmacie, ses traitements de fond et du sirop antitussif ainsi que du SMECTA®.

Mme 2 a dans son armoire à pharmacie, son traitement de fond, des antalgiques, des sprays nasaux, et du MAXILASE®.

Mme 3 a une armoire entière de sa salle de bain consacrée aux médicaments. Elle a beaucoup de stock dans son armoire à pharmacie notamment de KARDEGIC®, de METFORMINE, des bandelettes et lancettes pour lecteur de glycémie. On retrouve également des médicaments non remboursés comme du FERVEX® et de la LYSOPAINE®, de la pommade SAINT-BERNARD®.

Mr 4 dit avoir, en plus de son traitement de fond, de la BETADINE® et des pansements.

Mme 5 a son traitement de fond, du paracétamol, des antimycosiques et de l'ATARAX® dans le tiroir sous sa table dans la cuisine. Elle a également une petite armoire dédiée dans sa salle de bain où on retrouve du SMECTA®, du sérum physiologique, des bandes VELPEAU®, du DICLOFENAC en gel, deux flacons d'ELUDRIL® périmés, un sirop CARBOCYSTEINE ouvert et périmé, de l'HELICIDINE® non ouvert, un stock important de bandelettes et lancettes pour lecteur glycémique qu'elle n'utilise pas, de l'alcool, une boîte entamée d'AMOXICILLINE. Pour ses troubles du sommeil elle utilise un flacon d'homéopathie, donné par une de ses filles L72 troubles mineurs du sommeil®.

Mr 6, ancien SDF vivant actuellement en foyer, n'a pas de trousse à pharmacie. Idem pour **Mr 7**.

(p) L'intérêt pour le prix des médicaments.

Les personnes interrogées montrent un grand intérêt pour le coût des traitements et cela est d'autant plus étonnant qu'ils les obtiennent en tiers payant pour la plupart. On retrouve ici l'attention à la dépense qui signe leur quotidien.

Mr 4 est en effet soucieux du prix des médicaments, contrôle systématiquement le prix des boîtes de médicaments, et l'évolution des prix dans le temps.

« Moi je regarde toujours ».

« Ça faisait dans les 58 euros je crois ».

« Ouais ouais, je compare. Rien que par rapport à avant, un médicament pour la dépression, c'était à 9 euros 90 maintenant il est à 8 euros quelque chose ».

« Au début quand je venais, c'était des ordonnances de 400 euros, maintenant c'est 215-220, donc il y a pas mal de médicaments qu'il a modifié ou ... enlevé ».

Les médicaments non utilisés ne sont pas jetés mais rapportés à la pharmacie.

Mme 5 *« Et là j'ai ça, mais c'est le pharmacien qui s'est trompé (...) la boîte est entière. La prochaine fois que je vais à la pharmacie, je lui rendrai »*

(q) Une surconsommation médicamenteuse dénoncée.

Mr 6 évoque le fait que les médecins prescrivent trop de médicaments, notamment à visée anxiolytique. Il dénonce aussi une consommation excessive de médicaments par les patients.

« - (...) Maintenant les gens vont à la pharmacie comme ils vont acheter des bonbons. C'est un peu abusé.

- Vous avez l'impression que les médecins prescrivent trop de médicaments ?

- Oui, oui, surtout pour nous calmer, je trouve. Ou même les gens ont tendance à remplir l'armoire à pharmacie, alors que c'est inutile ».

(r) Une surprescription médicamenteuse dénoncée.

Mr 7 *« - Vous avez l'impression que les médecins donnent trop de médicaments ?*

- Ouais. Je suis sûre que j'en n'ai pas besoin. Je suis juste très nerveux, mais je suis sûr que j'en ai pas besoin ».

Mr 7 dénonce également une prescription trop importante de médicaments « à l'aveugle ».

« (...) des fois ils ne savent pas ce qu'on a. On dirait que c'est un test. Ils testent les médicaments sur nous, jusqu'à ce qu'ils trouvent le bon ».

3.2.3. Le rapport à la maladie.

(a) Méconnaissance des antécédents.

Aucun des patients interrogés ne connaît tous ses antécédents.

Quand je demande à **Mr 1** ses problèmes de santé, il ne parle que du diabète et de l'arthrose. Spontanément, il ne me parlera pas de l'HTA ni de la dyslipidémie.

« Ben il y a mon diabète, et puis des problèmes de dos »

Ce qui est assez frappant chez **Mme 2** quand je lui demande quels sont ses soucis de santé, elle ne mentionne pas son diabète spontanément.

« J'ai juste les bras cassés »

De même pour **Mme 3**.

Mme 3 « - Vous avez d'autres maladies pour lesquels vous devez prendre des médicaments tous les jours ?

- Non je ne crois pas »

Et quand je demande à **Mr 4** ses antécédents, il parle de l'opération de ses deux hernies discales et des varices, mais ne mentionnera pas d'emblée son syndrome anxio-dépressif ni ses lombalgies chroniques pour lesquels il prend un traitement quotidiennement.

« J'étais opéré deux fois d'une hernie discale (...) Ben j'ai été opéré 2 fois des varices »

Mme 5 oublie de mentionner initialement sa dyslipidémie ou encore son syndrome anxio-dépressif.

« Alors ma maladie principale et ma seule maladie, parce que si je n'avais pas cette maladie j'aurais 20 ans (rires), je suis diabétique insulino-dépendante depuis 30 ans »

« Je ne fais jamais aucune autre maladie que mon diabète »

Mr 6 me parle de diabète et de problèmes psychologiques. Il n'évoquera pas l'hypertension artérielle.

M7 me parle de son diabète et dit prendre des médicaments *« pour les nerfs »*. Il ne fera pas allusion à la schizophrénie, et ne semble pas être au courant.

(b) Connaissance de la maladie.

Tous disent être informé par le biais de leur médecin traitant de leurs différentes pathologies.

Mr 1 est bien informé sur son diabète.

« (...) quand j'arrive à la dernière plaquette, je vais d'abord faire ma prise de sang pour le diabète parce que ... pour les médicaments »

Mme 2, Mme 3 et Mme 5 disent se sentir informés sur le diabète.

Mme 2 *« - Oui, oui, de toute façon c'est de famille, mon papa l'a !*

- D'accord, vous vous sentez informé sur le diabète ?

- Oui, oui !

- Vous savez qu'il faut surveiller, qu'il faut faire l'examen de l'œil, le fond d'œil, l'examen du cœur, l'analyse d'urines sur 24 heures

- Oui, oui, mais le cœur j'y étais il y a deux ans et j'ai de nouveau rendez-vous »

Mme 3 *« Mais bon, le diabète je savais déjà longtemps avant, je savais déjà très bien, enfin je suis presque née diabétique »*

Mme 5 *« (...) si je fais une hypo, je la sens arriver par rapport à des tremblements, de la transpiration »*

« - Ben normalement je ne devais pas dépasser en Hémoglobine Glyquée 6, je crois !

- Oui 6.5%

- Ah oui, je connais l'objectif, je pourrais presque être dans un service pour le diabète, ça fait 30 ans »

Mr 4 dit avoir eu une information sur ses problèmes de santé.

« Oui, on m'a bien expliqué pour le dos »

Mr 6 dit ne pas être informé sur ses pathologies et ne souhaite pas savoir. Pourtant, il connaît quand même son objectif d'Hba1c.

« Non. Et ça ne m'intéresse pas ! »

Mr 7 ne se dit pas suffisamment informé, mais dit ne pas retenir les informations données, particulièrement en parlant de la Maison du diabète :

« Au début je dis : « oui, oui, je comprends », mais en fait je ne comprends rien du tout, en fait. Je fais croire que je comprends ! Mais je ne comprends rien en fait »

(c) Dénier de la maladie pour certains.

Le problème posé par certaines maladies chroniques longtemps silencieuses, notamment le diabète, est que les personnes vivent souvent dans le déni de leur maladie.

Mme 3 *« Moi je dis : « du moment qu'on est vivant ! Du moment que je peux marcher, que je peux bouger, que je peux faire des courses, que je peux nettoyer le logement et tout ! » Ben je me dis que : « comme ça va bien, j'ai pas besoin de prendre tout le temps, tout le temps tout ça quoi ! ». Malgré que le diabète c'est une maladie traître, mais quand même, j'ai survécu jusqu'à aujourd'hui (rires) »*

Mme 3 *« Comment on faisait avant ? Ça n'existait pas tout ça ! On vivait quand même alors. Autant nos parents, nos grands-parents ils n'avaient jamais rien »*

Mme 3 *Les médicaments « C'est bien pour ceux qui en ont besoin »*

Mme 5 *« J'ai jamais vraiment accepté cette maladie (...) Je me demande parfois même si au bout de 30 ans j'ai accepté cette maladie »*

Mme 5 *« Mais si vous regardez le reste du bilan, c'est bien, c'est ce qu'il me dit toujours ».*

Mme 5 *« (...) Ouais, ouais, puisque tout va bien je veux dire ! »*

Mr 6 *« (...) des problèmes psychologiques, mais c'est pas un problème ça »*

Mr 6 *« Je ne veux même pas savoir »*

Mr 6 *« (...) la tension, j'arrive à gérer, alors c'est pas une nécessité de prendre des comprimés »*

Mr 6 en parlant des médicaments et du vaccin antigrippal : *« J'en n'ai pas besoin. C'est pas une nécessité pour moi »*

Mr 7 « Je suis sûr que j'en n'ai pas besoin »

(d) Source d'angoisse pour d'autres.

Mr 4 se dit angoissé face à la maladie « Ça m'angoisse de tomber malade »

3.2.4. Le rapport à la santé.

(a) La majorité des patients se trouvent en bonne santé, mais font part d'une usure.

Mr 1 « Ben oui. A part mon diabète, mais j'y pense pas à mon diabète. Et puis il y a mon mal de dos. Mais j'y pense pas. Je suis une personne comme les autres. Ça me le rappelle quand je prends mon médicament »

Mme 2 « Oui pas de soucis »

Mme 3 « Oui, tout à fait »

Mr 6 « Non moi ça va »

Mr 7 « Oui, ça va, à part l'alcool »

Mme 5 dit que sa santé est importante pour elle, mais qu'elle est usée par son diabète.

(b) L'importance accordée à la santé.

Pour la majorité des personnes entendues, la santé est importante, sauf pour **Mme 3** et **Mr 6**.

Mme 3 « Ça devrait, mais ça ne l'est pas »

Mr 6 « Non, c'est pas important »

Mr 7 dit que ça ne l'était pas par le passé, mais que sa santé commence à le préoccuper.

« Ca commence à l'être. Je commence à réfléchir »

3.2.5. Le rapport au monde médical.

(a) Le médecin traitant.

La confiance accordée au médecin traitant.

Tous disent accorder leur confiance à leur médecin traitant sauf **Mr 6**.

Mr 6 en parlant des médecins :

« Non, je ne leur cours pas après »

« Faire confiance à un médecin ? Euh, (rires), c'est pas trop ma tasse de thé »

Il explique que c'est difficile pour lui de faire confiance aux médecins *« parce que c'est un médecin »*. Pour lui, médecins et médicaments vont de pair, et il explique à demi-mot qu'il ne veut pas être abruti où dépendant des médicaments prescrits.

Mr 1 *« Oui je lui fais confiance »*

Mme 3 *« oui, bien sûr oui (...) et je lui dis toujours la vérité »*

Mr 7 *« Oui, j'ai pas de problèmes avec lui »*

Fidélité envers leur médecin traitant.

Tous disent également être fidèle à leur médecin traitant sauf **Mr 6**, qui du fait de sa situation d'ancien SDF n'a jamais eu de médecin traitant attitré. **Mr 7** également est suivi par son médecin depuis 4 ans.

Mr 1 *« Ça fait depuis que je suis à Vandoeuvre que je l'ai (...) Je suis arrivée en 99 et on est en 2014, alors vous voyez ! »*

Mme 2 *« Oui. (...) A part quand il est en vacances ou quand il n'est pas là autrement non, c'est toujours le même ! »*

Mme 3 *« Des années depuis que je suis à Nancy »*

Mme 5 *« Oui, ça fait 30 ans qu'il s'occupe de moi »*

Mr 6 *« - Comme je suis ici, c'est lui qui vient toutes les semaines*

- Si vous deviez vous déplacer...

- *J'irais pas* »

Tutoiement.

On note que les personnes interrogées sont souvent dans un rapport qui se veut très proche de leur médecin, la nécessaire distance entre le soigné et le soignant ne leur convenant pas.

Mme 3 « (...) mais après j'ai dit à A. » (prénom du médecin traitant)

Lors de l'entretien en me parlant :

Mme 3 « je te dis », « tu vois », « tiens regarde »

Mr 4 dit aussi avoir tutoyé son défunt médecin traitant, mais pas l'actuel.

« En fait je l'avais pendant 30 ans et il me tutoyait en premier, j'ai continué à le vouvoyer encore un peu et puis après j'ai dit « tu » »

Réticences envers le médecin.

***Le manque d'écoute peut-être.**

Mr 7 « (...) il a peut-être pas voulu écouter ce que je lui ai dit »

***Le manque d'informations.**

Mr 7 « Ils ne m'ont pas bien expliqué »

Mr 7 « Ça non plus je ne le savais pas (...) Je croyais que c'était rien », en parlant des effets secondaires du diabète.

***La peur d'être jugé.**

En parlant de son médecin traitant **Mr 7** dit « J'avais peur qu'il me juge »

***La peur de servir de « cobayes ».**

Mr 6 « J'ai pas envie de servir de cobaye quoi »

Mr 7 « On dirait que c'est un test. Ils testent les médicaments sur nous, jusqu'à ce qu'ils trouvent le bon »

(b) Le pharmacien.

Le rapport au pharmacien est assez particulier dans les apports faits par les personnes participantes à l'étude. En effet si la fidélité à son pharmacien est une constante, sauf peut-être dans le cas de la personne qui a dû vivre à la rue ou celle qui a eu une période de rupture de vie sociale et géographique en revanche les pharmaciens sont reconnus pour leur grande proximité.

Mr 1 « Depuis que je vois le Dr D. je vais là en bas de la rue. Je sors et je prends mes médicaments »

Mme 2 va parfois d'abord demander conseil à son pharmacien et lui accorde toute sa confiance.

« La dernière fois j'avais comme des allergies aux doigts et j'avais été voir le pharmacien j'avais des cloques aux doigts et il voulait rien me donner, qu'il fallait aller voir le docteur »

Mme 5 me parle de son compagnon qui n'avait pas sa CMU à jour.

« (...) parce qu'il y avait aussi un vaccin à prendre mais celui-là je l'ai pas pris parce que la pharma ou je vais d'habitude, le pharmacien il m'a dit que ça pressait pas, il mettrait en attente pour pas que j'ai à payer »

(c) Un fossé entre les niveaux sociaux des soignants et soignés en grande pauvreté source d'incompréhension pour certains.

Mme 3 « Mais en plus de ça, ils vont encore augmenter la visite chez le médecin tout va augmenter encore une fois. Mais qu'ils nous augmentent nous ! Alors on n'a rien demandé à personne, et on nous prend encore des sous sur nous, qu'ils se mettent dans la poche. Les gros bonnets là ! »

Mr 4 « Parce qu'ils cherchent les laboratoires qui sont les moins chers, et eux ils ont un bénéfice que personne ne sait. Après on les voit rouler avec des voitures de luxe et tout, alors qu'un pharmacien doit être ... voilà »

3.2.6. *Le patient diabétique en situation précaire.*

6 des 7 patients interrogés sont diabétiques. Ceci nous amène à nous reposer de façon plus fine la question de la vie de ces personnes en grande pauvreté et les impératifs de traitement nécessaires dans le diabète.

- ❖ **Mr 1, Mme 2, Mr 6** sont diabétiques non insulino-dépendants.
 - **Mr 1** est traité par JANUMET® et METFORMINE
 - **Mme 2** est traitée par METFORMINE
 - **Mr 6** est traité par METFORMINE et GLIBENCLAMIDE
- ❖ **Mme 3, Mme 5 et Mr 7** sont insulino-dépendants.
 - **Mme 3** est insulino-réquérante sous LANTUS®, mais également METFORMINE, DIAMICRON® et XELEVIA®
 - **Mme 5** est insulino-dépendante avec un schéma basal-bolus traitée par ACTRAPID® et LANTUS®
 - **Mr 7** est insulino-réquérant traité par APIDRA® et LANTUS®

Nous avons vu plus haut que **Mr 1** et **Mme 2** sont observants, puisqu'ils nous confient ne pas prendre leur traitement qu'exceptionnellement et prennent donc plus de 80% du traitement prescrit.

Nous nous sommes intéressés aux 4 patients non observants, **Mme 3, Mme 5, Mr 6** et **Mr 7**.

(a) Le Diabète insulino-dépendant, une maladie difficile à accepter.

Mme 3 « (...) il y a plein de fois où j'ai envie de laisser tomber, de pas prendre du tout, ni rien, quand j'ai pas envie »

Mme 5 « J'ai jamais vraiment accepté cette maladie. En tout cas plus ça va, et plus j'en ai marre »

Mme 5 « J'avais franchement pas envie de cette vie ... »

Mme 5 « Ouais, mais cette maladie, c'est usant... c'est au quotidien, c'est tout le temps »

(b) Une insulino-réquerence fréquente et précoce.

En effet, 2 patients diabétiques sur 6 sont insulino-réquerents, **Mme 3** et **Mr 7**.

Mme 3 a 55 ans et **Mr 7** n'a que 38 ans. Comme nous l'avons décrit plus haut, ces deux patients nous ont confié ne pas être observants.

(c) La connaissance mitigée du diabète.

Mme 3 et **Mme 5** disent avoir reçu une information de la part de leur médecin traitant. **Mme 5** été hospitalisée en diabétologie à Toul il y a quelques années pour équilibrer son diabète.

Des objectifs à atteindre :

Mme 5 connaît l'objectif d'HbA1c cible :

Mme 5 « (...) 6.5% (...) Ah oui, je connais l'objectif, je pourrais presque être dans un service pour le diabète »

Des Règles hygiéno-diététiques :

Mme 5 « Je sais ce que je dois manger : 120 g de féculents, des fibres, et puis un poisson et puis voilà... mais moi je ne fais pas ça, si j'ai envie de manger des spaghettis bolognaises et ben j'en mange et puis c'est tout ! »

Mme 3 « (...) Mais comme c'est des féculents »

Des effets secondaires des traitements :

Mme 3 « (...) j'avais des vertiges, j'étais parfois en baisse et tout »

Mme 5 « Si je fais une hypo, je la sens arriver par rapport à des tremblements, de la transpiration »

Des mesures de précaution :

Mme 5 « (...) si jamais je vais me promener en forêt avec mes enfants ou mes petits-enfants je prends une petite brique de jus de fruit parce que si jamais on marche très longtemps, au cas où il m'arrive quelque chose »

Mr 6 et **Mr 7** disent n'avoir reçu que peu d'informations sur le diabète de la part de leur médecin traitant.

Mr 6 ne souhaite pas avoir d'informations sur le diabète.

« Non, je ne veux même pas savoir »

Mr 7 va à la Maison du diabète, mais dit ne pas toujours comprendre ce qu'on lui explique. Il ne connaissait pas les complications du diabète.

« Oui, je vais à la Maison du diabète (...). Ici aussi je demande plein de trucs (...) J'ai parfois du mal à retenir les choses (...) Au début je dis oui, oui, je comprends, mais en fait je ne comprends rien du tout en fait. Je fais croire que je comprends, mais je ne comprends rien en fait. A 28 ans je ne pouvais pas dire je ne comprends pas. Alors je préfère faire semblant. C'est ça l'erreur. Je ne l'a fait plus maintenant l'erreur »

« Tout ça je ne le savais pas en fait. Que ça jouait sur les yeux, ainsi de suite »

(d) Une moins bonne adhésion au traitement pour les patients traités par insulines.

Mme 1 et **Mr 2** ayant un « petit » diabète traité par comprimés se disent observants ; ils prennent plus de 80% de leur traitement comme nous l'avons décrit plus haut. Ces deux patients ayant été vus au cabinet, l'accès à leur dossier médical informatique avec leur accord, va en ce sens : leurs HbA1c étaient respectivement de 6.8 et 6.6%.

Mr 6, ancien SDF, également traité par comprimés, dit ne pas avoir été observant pendant des années. Depuis qu'il au CHRS, il dit les prendre tous les jours « *parce qu'on me les donne* ».

Une moins bonne adhésion au traitement est notée pour **Mme 3**, **Mme 5** et **Mr 7** traités par insuline, comme noté plus haut.

(e) Une maladie longtemps silencieuse.

Certains patients ont pointé du doigt le caractère asymptomatique du diabète, du moins au début, facteur d'une moins bonne adhésion au traitement.

Mr 3 « Malgré que le diabète c'est une maladie traître, mais quand même, j'ai survécu jusqu'à aujourd'hui (rires) (...) Parce qu'avant oui, il y a quelques années par contre j'avais des vertiges, j'étais parfois en baisse et tout. Et là c'était plus important. Alors là, je prenais mieux »

Mr 5 « (...) de l'extérieur, les gens ne voient pas que je suis malade, personne ne sait que je suis malade (...) puisque tout va bien je veux dire »

Mr 7 en parlant de l'insuline « Je ne ressens rien. Il n'y a pas d'effets (...) Et l'insuline ça ne fait pas ça. On ne remarque pas qu'on le prend. On le prend ou on ne le prend pas c'est pareil »

(f) Une maladie qui demande une prise en charge contraignante pour le patient en grande pauvreté et pour laquelle l'absence de résultats rapides est déconcertante.

Mme 5 « Je préfère vivre 10 ans bien, que 20 ans passé à faire attention, à me piquer le bout du doigt (...) parce que j'ai 0.10 de plus que ce qu'il faudrait »

Il y a la pique pluriquotidienne de surveillance, celle de l'injection pour les patients sous insuline, les résultats de glycémie capillaire qui ne s'expliquent pas toujours avec des objectifs qui mettent parfois du temps à atteindre, une maladie chronique dont on ne guérit pas ; S'ajoute à cela le respect des RHD, et particulièrement celles liées à l'alimentation, et bien manger coûte cher. Quant au sport recommandé dans la prise en charge, les personnes entendues dans le cadre des entretiens sont favorables à une activité physique en général, mais on est alors frappé par leur refus de toute activité collective.

- **La pique dans l'auto surveillance glycémique.**

Mme 3 dit ne contrôler qu'exceptionnellement sa glycémie capillaire. **Mme 5** ne surveille plus du tout.

Mme 3 « Je fais plus tous les jours, une fois de temps de temps en temps... J'en ai marre »

Mme 5 « Et là au bout de 30 ans, il est vrai que je suis lassée... C'est trop pesant ... j'en ai marre »

Mme 5 « Il y a des moments je veux me prendre en main, alors je le fais 3 jours et puis voilà »

Mr 6 n'a pas de lecteur et n'en souhaite pas.

Mr 7, qui est traité par insuline, ne contrôlait que rarement chez lui. Il n'a actuellement pas de lecteur glycémique, mais les infirmières du CHRS contrôlent sa glycémie capillaire 3 fois par jour.

Mme 3 ne contrôle plus ses dextros car elle « *en a marre* », sent ses hypoglycémies cliniques et se ressucre. Le dernier dextro réalisé datait d'il y a 8 jours.

« (...) j'étais en train de dégringoler, alors j'ai dit on va goûter un petit peu »

Elle prend l'initiative durant l'entretien (qui s'est déroulé vers 18h) de contrôler sa glycémie capillaire. Elle était à 3.40 g/L

Pourtant très attirée par le lecteur « gadget ». Mme 3 prend le temps de me montrer, de m'expliquer avec plaisir.

« Tu vois, il y a différents motifs que je peux mettre. Là j'ai mis celui-là les poissons, mais il y en a plein d'autre que je peux mettre. (...) tiens regarde il y a tous les machins qu'on met, la terre... et j'ai d'autres animaux qu'on peut mettre aussi (...) et je peux même changer l'heure et tout »

Elle dit que le côté gadget du lecteur l'incite à l'utiliser cependant plus souvent.

« - ça vous donne envie de l'allumer plus souvent les images ?

- ah oui c'est sûr ! »

- **L'absence de résultats rapides.**

Mme 5 « - (...) je prends un carnet, je mets les horaires et tout. Le matin je bois mon thé, je mange 2 ou 3 biscottes avec le Planta Fin, le beurre spécial cholestérol là

- Oui

- Un yaourt nature, je vais marcher, je rentre, je fais mon dextro à midi j'ai 2 grammes 40 ! Je me dis mais à quoi ça sert ? A quoi ça sert que tu fasses tout comme il faut, je ne comprends pas pourquoi dans ma maladie en faisant tout impeccable, pourquoi des fois j'ai 2 grammes 60. Alors que j'ai bien mangé, j'ai marché, j'ai pas mangé de sucreries, je n'ai RIEN fait qui puisse justifier un tel taux »

- **L'alimentation.**

Une difficulté relevée par les patients diabétiques, est l'incapacité à respecter les RHD et particulièrement celles liées à l'alimentation.

Bien manger coûte cher.

Mme 5 « (...) maintenant mon alimentation c'est un petit peu restreint, puisque maintenant je suis seule. Oui, bien manger ça coûte cher. Donc moi maintenant je suis très pâtes et très riz »

Mr 1 « Je mange souvent vite fait. Tout ce qui est bon pour la santé est plus cher ... les fruits, les légumes tout ça (...) La saucisse c'est pas cher ! »

Mme 5 refuse de « sélectionner » ses aliments et de se priver. Elle décrit une réelle addiction au sucre.

« Ce qui serait génial avec cette maladie, moi je m'en fiche de faire des piqûres puisque ça fait 30 ans, mais que je ne sois pas obligée de gérer ma nourriture (...) Je fais ma piqûre comme d'hab' et puis je mange ce que je veux et puis voilà »

« (...) je ne suis pas une grosse mangeuse, mais je suis ATTIREE (insiste) par le sucre, mais c'est un truc de dingue... Mais j'ai toujours été comme ça, même enfant ! Maman cachait même les morceaux de sucre quand j'étais enfant »

« Oui, toujours du sucre, toujours, toujours ... des fois je suis comme une droguée »

« Le fait de faire une croix sur le sucre c'est pas possible, c'est pas possible (...) je me gave, comme les gens qui sont boulimiques »

« Vous voyez les carottes par exemple, le légume que je vous ai dit en premier c'est les carottes parce qu'il y a le plus de sucre dedans donc j'aime bien »

« (...) mais là, parfois, ça me toque ! Je descends à la boulangerie en bas, je me prends un éclair au chocolat, j'y vais hein. Pas bien ! Je sais »

« (...) si j'ai envie d'un gâteau ? Ben, je prends un gâteau »

« Ah ça je ne me priverais jamais »

« (...) Là il va bientôt y avoir les fêtes de Pâques, je serais invitée, il y aura des desserts sur la table, je ne vais franchement pas me gêner ! »

Mme 3 également avoue ne pas surveiller son alimentation.

« (...) mais parfois vers 10 heures, si j'ai besoins d'un encas, j'me le prends ! Et à 4h aussi »

« - (...) j'ai dit on va goûter un petit peu. Et comme c'était des petits gâteaux, des espèces de ... je sais plus comment ça s'appelle

- oui, ça devait être très sucré !

- non même pas ! (...) J'en ai pris 6 »

De même pour **Mr 6** et **Mr 7**.

Mr 6 « Ah oui, quand je vais en ville, je me fais mes petits plaisirs »

Mr 7 avoue avoir du mal à gérer son alimentation.

Mr 7 « (...) même là à midi, j'ai pas fait attention (...) mais je n'arrive pas à gérer. Ils donnent trop ici »

- **Le sport.**

Aucun patient ne pratique une activité physique de groupe. Certains disent cependant se dépenser en marchant beaucoup.

Mr 6 « Oui, oui, tous les après-midi je vais en ville. Je marche, je bouge »

Mme 5 « Oui, je marche beaucoup. Là demain je vais en ville à pied. Quand il fait très beau je fais l'aller-retour à pied (...) Nan, nan, je marche, tous les jours au minimum une demi-heure. Mais je ne me promène pas, je marche, hein ! »

Mme 3 et **Mr 7** sont plus sédentaires.

Mme 3 « Ah non pas de sport. Je marche un peu ... pas beaucoup. Quand je sors parfois »

Mr 7 dit marcher « un peu »

Mr 6 et **Mr 7** se disent contre le sport sur ordonnance ou les activités sportives de groupe.

Mr 6 « Ah non moi ça me dit rien. Tout ce qui est groupe, c'est pas pour moi. Je me sens pas à l'aise en groupe, c'est pas ma place »

Mr 7 « Non, j'aime pas être en groupe (...) j'ai l'impression qu'ils vont se moquer de moi, j'ai pas envie, je vais m'énerver (...) Je préfère éviter »

(g) Le refus qu'une infirmière pénètre dans leur monde.

Les trois patients traités par insulines **Mme 3**, **Mme 5** et **Mr 7** ont eu à un moment de leur vie, une infirmière à domicile pour s'assurer de l'injection d'insuline. Pour eux, la prise en charge ambulatoire à leur domicile est vécue comme une intrusion, une rupture de leur intimité, une contrainte. Le passage de l'infirmière n'est pas plébiscité.

Mme 5 « A un moment le docteur voulait me faire faire venir une infirmière pour me motiver, parce que je sais me motiver toute seule, il m'a dit : « j'ai envie de vous envoyer une infirmière, comme ça, ça vous motivera, elle vous donnera des conseils par rapport à la nourriture, ou » ... J'ai pas envie... »

Mme 3 « Au début il y avait une infirmière mais après j'ai dit à A. (prénom du médecin traitant) « c'est bon je sais me les faire moi-même, c'est pas la peine qu'elle vienne à chaque fois (...) je n'aimais pas »

Mr 7 « Il y a une infirmière qui venait (...) Au début, après je me suis démerdé tout seul (...) Je ne les faisais plus »

Pourtant, ma présence incite **Mme 3** à contrôler sa glycémie capillaire.

« - Et alors ça donne quoi quand vous contrôlez ?

- Ben c'est simple à savoir (part chercher son lecteur glycémique sur l'armoire derrière sa chaise). Il est là mon appareil. Tu vois ? (...) bon, on va faire ça alors ! »

Mr 7 dit également être observant depuis que les infirmières du CHRS contrôlent sa glycémie et lui ont appris à faire les injections d'insuline.

« - Donc, comme vous êtes dans ce foyer, le fait que les infirmières vous montrent comment faire ou vous expliquent, ça vous fait prendre vos médicaments ?

- Oui »

(h) Des sentiments opposés selon les patients.

Une culpabilité pour Mme 5 et Mr 7.

Mme 5 est très lucide, elle a conscience des risques à l'inobservance.

« J'en suis consciente »

« Pas bien ! Je sais »

« Je suis une mauvaise patiente (...) Et puis je ne mange même pas avec plaisir parce que je culpabilise à chaque fois que je mange du chocolat. A chaque fois je me dis « punaise, t'aurais pas dû manger ça » mais c'est trop tard c'est fait »

« Un jour ça va exploser »

« - Vous avez envie de changer ça ?

- J'aimerais (...) mais il y a aussi une part de ma volonté qui n'est pas au top »

Mr 7 « Je regrettais tout le temps. En fait, je suis tellement plus allé chez le médecin que après j'ai eu peur d'y aller. C'est pour ça que je ne suis pas allé pendant un an. J'avais peur de ce qu'il allait me dire »

L'absence de regrets pour Mme 3 et Mr 6.

Mme 3 « - Quand vous ne prenez pas vos médicaments pour le diabète, vous ne le regrettez pas ?

- Oh non (rires) (...) il y a plus grave ! »

Mr 6 « Ah non ! Non, non aucun (...) On fait avec et puis c'est tout quoi. S'il arrive quelque chose, ben voilà, c'est comme ça »

3.2.7. Les problèmes soulevés.

(a) Les pharmacies qui commandent le même médicament à un laboratoire différent.

3 patients se sont offusqués en constatant que les pharmacies ne commandent pas toujours le même médicament dans le même laboratoire. **Mr 4** exprime son mécontentement.

Mr 1 « Parce que au début, j'avais des boites bleues et maintenant elle est verte (...) Et ils vous expliquent que c'est le même médicament »

Mme 3 « - Puisque de toute façon, le ... le METFORMINE, c'est pas celui que j'ai d'habitude

- comment ça ? C'est pas la même boîte ?

- oui aussi bien celui-là (sort le comprimé de metformine de son pilulier) que celui-là (atorvastatine) »

Mr 4 « Apres quand il y avait l'OMEPRAZOLE en boîte elle était bleue au début, maintenant elle a la forme là (...) ça c'est pas normal. Parce qu'ils cherchent les laboratoires qui sont les moins chers, et eux ils ont un bénéfice que personne ne sait ».

(b) Le délai d'attente de rendez-vous chez le médecin.

Mr 1 avoue qu'il est difficile d'avoir un rendez-vous s'il ne s'y prend pas à temps, ce qui peut être la cause d'un retard de renouvellement de traitement.

« C'est pas toujours facile d'avoir des rendez-vous, vu que je travaille jusqu'à 15 h (...) Et après la prise de sang je peux y aller que le samedi matin alors... »

(c) Le débat sur la vente des médicaments en grandes surfaces.

Mr 1 se dit contre les grandes surfaces et parapharmacies qui vendraient des médicaments, ce qu'il justifie par un risque d'erreur et une formation insuffisante de ces derniers.

« - Ben c'est pas normal que Leclerc il vend des médicaments

- Oui

- Parce que, ils font de la pub en ce moment

- Oui j'ai vu

- Et ça va arrêter quand cette histoire-là ? Moi ça me désole, parce que les gens ils vont acheter chez Leclerc, et puis personne leur explique, et puis ils vont prendre et puis s'il y a une surdose de médicaments ils vont mourir (...) Vous savez la pub je la vois presque tous les soirs (...) Parce que les gens, ça va traumatiser les gens. Surtout les personnes âgées. C'est déjà dur pour les personnes âgées, on peut acheter là, on peut acheter là ! ».

(d) Le tiers payant généralisé.

Mr 4 aborde spontanément la loi sur le tiers payant généralisé et se dit contre.

« D'ailleurs les médecins qui sont en grève pour le tiers payant de la consultation en ce moment... Je suis contre le tiers payant généralisé (...) Parce que les gens qui sont vraiment aisés, les avocats, les chefs d'entreprises, les médecins, les entrepreneurs, ils ont des moyens. Pourquoi demander le tiers payant au médecin ? Ils ont les moyens, ils attendent que ce soit remboursé par leur mutuelle ou la caisse. (...) et on va pas dire que eux ils vont pas payer la consultation. Alors que s'ils généralisent, ça va tomber sur d'autres qui n'ont rien. Pour ça, moi je donne raison aux médecins qui manifestent pour ça (...) Parce que moi quand je travaillais, j'avais ma carte de mutuelle, j'arrive, je paye. C'est normal. Ça m'est arrivé d'être sans ressources, là j'avais le tiers payant. Mais si j'ai des sous, je paye mon médecin comme d'habitude »

(e) L'avance des frais médicaux, un frein à la consultation.

Mr 4 avoue que l'avance des frais de la consultation est un frein à l'accès aux soins des plus démunis.

« -Si vous deviez avancer vos frais de consultation, vous continueriez à venir voir votre médecin régulièrement ?

- Je ne sais pas... peut être moins souvent »

Mme 3 *« Il faut attendre que les papiers soient à jour, alors, et ça met du temps »*

(f) Le sentiment d'être moins bien soigné.

Mr 4 *« La sécurité sociale ne donne pas le pouvoir aux personnes pauvres de se faire soigner (...) Ces gens-là qui sont aisés, ils connaissent les médecins, ils ne vont pas chez n'importe qui, et ils l'appellent à n'importe quelle heure et le médecin se déplace chez eux. Ou ils vont voir leur médecin parce qu'ils ont les moyens (...)*

Mr 4 en parlant du footballeur Messi *« L'os est sorti de la jambe on l'a vu et 6 mois après il est reparti jouer au foot, je me demande qu'est-ce qu'ils ont fait à ce monsieur pour que ça guérisse aussi vite »*

3.2.8. Propositions.

(a) Le don de piluliers à tous les patients polypathologiques.

Mr 4 se dit ravi à l'idée qu'on offre des piluliers pour les patients polypathologiques et serait ravi d'avoir un semainier.

« -C'est bien ça qu'ils en donnent, je ne savais pas. Et s'il vous en avait donné un avec 7 jours pour la semaine, vous auriez préparé les médicaments pour la semaine ?

- Oui !

- Ça vous aurait plu d'en avoir un pour la semaine ?

- Oui pourquoi pas ! »

(b) Une consultation à part avec des médecins spécialisés pour les patients les plus précaires.

Pour favoriser l'accès aux soins des patients les plus précaires **Mr 4** suggère :

« Il faudrait qu'une loi décide « sur le partage des choses », qu'il ne faut pas mélanger les démunis, les pauvres et les aisés (...) Dans le sens où un malade qui est en manque de médicaments ou qui n'a pas d'argent pour aller voir un médecin, qu'il soit prioritaire aux soins par rapport à quelqu'un qui est directeur de banque, chef d'entreprise ou avocat. Que les médecins connaissent les gens comme nous (...) »

3.2.9. Les entretiens semi-dirigés valident les résultats des focus groups.

Les résultats obtenus par les focus groups ont été corroborés par les entretiens semi-dirigés, comme on le note dans le tableau ci-dessous.

FIGURE 15 : Tableau comparatif des résultats obtenus par les focus groups et les entretiens semi-dirigés.

	Focus groups	Entretiens semi-dirigés
MEDICAMENTS		
• En général		
Une méfiance majoritaire envers les médicaments	x	x
La prise médicamenteuse perçue comme contraignante	x	x
Un médicament efficace coute cher	x	x
Le médicament princeps perçu comme « le vrai »	x	x
Confiance accordé dans les médicaments dont l'AMM est ancienne	x	
Une surconsommation médicamenteuse dénoncée	x	x
Une surprescription médicamenteuse dénoncée		x
Utilisation de remèdes familiaux	x	x
Automédication	x	x
• Médicaments génériques		
Une réticence majoritaire	x	x
Un risque d'erreur	x	x
Une acceptation contrainte	x	x
Une notion floue		x
OBSERVANCE MEDICAMENTEUSE		
• Freins mis en évidence		
Lassitude à prendre quotidiennement un traitement	x	x
Les effets secondaires constatés	x	x
La crainte des effets secondaires	x	x
L'absence d'efficacité immédiate	x	x
Le nombre important de comprimés	x	
Le goût du médicament	x	
Le manque de comprimés liés à un conditionnement inadéquat/retard de renouvellement	x	
La contrainte horaire pour certains médicaments	x	x
Les médicaments génériques	x	x
Le manque de confiance en les médicaments	x	x
La franchise sur les boîtes de médicaments	x	
La crainte d'un risque de dépendance supplémentaire		x

L'oubli		x
Les médicaments non remboursés	x	x
La nécessité d'avoir l'électricité pour certains traitements	x	
Le manque d'informations concernant la pathologie ou le traitement	x	x
La « faiblesse » de la volonté		x
Le caractère asymptomatique de la pathologie		x
Le rapport au temps qui est marqué par une vie inscrite dans une précarité temporelle		x
La rupture de droits	x	
Un enjeu secondaire face à la misère quotidienne	x	
L'avance de frais à la consultation médicale	x	x
La peur de s'engager sur le long terme	x	
L'accès à la pharmacie dans les situations d'urgences (géographie, moyen de locomotion)	x	
La caution demandée lors de la location de certains appareils	x	
• Stratégies mises en œuvre pour favoriser l'observance		
Le pilulier	x	x
La tasse à café	x	
Le rappel sur calendrier	x	
L'entourage	x	x
Le rôle du médecin	x	
Le rôle du pharmacien	x	
Le refus qu'une infirmière pénètre dans leur monde	x	x
RAPPORT AU MONDE MEDICAL		
Confiance majoritaire en leur médecin traitant	x	x
Crainte du milieu hospitalier	x	
Confiance majoritaire en leur pharmacien	x	x
RESSENTIS DES PERSONNES		
La honte	x	x
Sentiment d'infériorité	x	x
Peur du rejet	x	x
Angoisse	x	x
Découragement	x	x
Insécurité du monde qui les entoure	x	x
Sentiment d'être moins bien soigné	x	x
Sentiment d'être parfois infantilisé	x	
Pudeur		x
Révolte	x	x
Solitude		x

C. Discussion.

1. A propos de la méthode.

1.1. Les entretiens semi-dirigés.

- Difficultés rencontrées :

La principale difficulté lors de la réalisation des entretiens semi-dirigés concernait la présence des patients sélectionnés aux entretiens prévus. En effet, 7 patients qui avaient répondu positivement à notre demande d'entretien se sont finalement désistés.

La première personne, jeune patiente de 22 ans diabétique insulino-dépendante non équilibrée, en situation très précaire (vivant en foyer, faible soutien social, qui venait de perdre son emploi) que j'avais recruté au cabinet de médecine générale au cours de mon SASPAS l'été 2014, sur les conseils de mon maître de stage, le Docteur Plane. Elle était initialement partante pour l'entretien, et avait préféré qu'il se déroule à mon domicile. Il lui avait été expliqué que le trajet lui serait dédommagé, (elle ne souhaitait pas que je passe la récupérer en voiture, ni qu'on fasse l'entretien au foyer ou dans un lieu neutre) et que ça se passerait dans une ambiance conviviale, sur le canapé, autour d'un verre, avec anonymisation des données. La veille, je l'avais rappelé pour m'assurer qu'elle était toujours partante et sa réponse fut positive. Le jour de l'entretien, elle ne s'est pas présentée mon domicile. Je l'ai donc rappelé, sans réponses de sa part. Je me suis permis de lui laisser un message sur son répondeur, en lui expliquant qu'il n'y avait aucun facteur de gravité à son absence et qu'on pouvait remettre l'entretien en fonction de ses disponibilités. Je n'ai jamais eu de réponses.

Quelques mois plus tard, au cours d'un remplacement chez ce même médecin, je revois la patiente pour des complications cutanées du diabète. Son HBA1C est élevée. Je cherche à comprendre les raisons de son inobservance. Elle m'explique alors qu'il lui arrive de ne pas faire ses injections d'insuline plusieurs jours de suite parce qu'elle « en a marre ». Elle décrit une vie compliquée et le diabète se surajoute à ses soucis quotidiens « comme si elle n'en avait déjà pas assez ». Elle reste cependant assez optimiste, elle a retrouvé un emploi. Je cherche également à comprendre les raisons de son désistement à l'entretien. Elle m'explique alors qu'elle avait beaucoup de soucis à ce moment-là (recherche d'emploi, pas de quoi se nourrir), qu'elle ne faisait alors plus du tout attention à son diabète, n'avait pas le courage de me rappeler car elle avait honte, et ne souhaitait plus participer à l'enquête.

Le second patient, 52 ans, hypertendu, dyslipidémique et sous traitement substitutif par SUBUTEX®, également recruté au cours de mon SASPAS durant l'été 2014. Lui

avait souhaité que l'entretien se déroule à son foyer dans la salle commune vers 10h car « on sera tranquille à ce moment-là ». Une date ainsi que l'horaire étaient donc convenus. Quelques jours avant l'entretien ainsi que la veille, je le recontacte pour m'assurer qu'il n'ait pas changé d'avis. Il m'explique alors, la veille de l'entretien prévu, sur un ton enjoué, qu'il est toujours d'accord et qu'il me retrouvera dans la salle commune du foyer à 10h. Je me présente donc comme convenu, mais le patient était absent. Je décide alors d'aller frapper à la porte de son logement, mais pas de réponses ... Je tente de l'appeler, mais là encore pas de réponses. Je n'ai jamais revu le patient.

Un autre patient, 57 ans, aux antécédents de BPCO, tabagisme actif, et hypertrophie bénigne de la prostate, recruté également durant l'été 2014 au cabinet de médecine générale, avait préféré que l'entretien se déroule à mon domicile. Les mêmes dispositions avaient été prises concernant l'information du patient quant au remboursement du transport, anonymisation des données, et le rappelle la veille de l'entretien prévu. Le matin de l'entretien, le patient m'envoie un SMS pour m'annoncer qu'il ne sera finalement pas disponible ce jour-là, s'en excuse et me dit réfléchir à une autre date. Il me propose de le rappeler quelques jours plus tard le « jeudi ». Je réponds au SMS en lui disant que ça n'est pas grave et qu'on trouvera une autre date ensemble. Je le rappelle donc comme convenu, à plusieurs reprises sans réponses, et sans connaître les raisons de son désistement.

Une autre patiente m'avait donné ses coordonnées téléphoniques au cabinet au cours d'une consultation, se disait intéressé par le champ de l'étude, et il était convenu que je la rappelle la semaine d'après pour convenir d'un rendez-vous. (Il était impossible de réaliser l'entretien au cabinet dans l'instant, des rendez-vous étant encore fixés). Or le numéro donné par la patiente n'était pas le bon, et la patiente ne figurait pas dans les pages blanches. Je ne l'ai jamais revu.

La cinquième patiente qui s'est désistée avait 32 ans au moment du recrutement. Ses principaux antécédents étaient une BPCO avec un tabagisme actif et un éthylisme sevré sous BACLOFENE®. Elle a, comme les autres patients, été recruté au cabinet de médecine générale au courant de l'été 2014 durant mon SASPAS. Très enthousiaste, j'ai pris ses coordonnées et lui ai expliqué que je démarrais les entretiens au courant de l'automne. Début septembre, je l'ai donc rappelé à plusieurs reprises, en laissant un message sur son répondeur, sans aucun retour de sa part.

Il en est de même pour 2 autres patients en situation précaire présentant au moins une maladie chronique recrutés au cours de mon SASPAS durant l'été 2014. Au moment de débiter les entretiens à la fin de l'été, les personnes ont été rappelés, un message a été laissé sur le répondeur systématiquement. Les patients n'ont donné aucun retour.

Ces désistements révèlent plusieurs problèmes dans l'organisation des entretiens semi-dirigés.

Les patients qui se sont désistés sont essentiellement ceux recrutés « trop tôt », courant de l'été 2014, au moment de la rédaction du synopsis. Le script des entretiens n'était pas encore finalisé, ce qui nous a fait commencer les entretiens en septembre. Un délai de 1 à 2 mois s'est donc écoulé entre le moment où nous avons proposé aux patients de rentrer dans l'étude, et le moment où nous les avons recontactés, ce qui explique très probablement leur désistement. Dans l'idéal, les entretiens auraient dû être réalisés immédiatement après l'accord du patient, car les patients précaires ont souvent des vies pleines de ruptures et deux mois peuvent signifier plusieurs changements, ils ont aussi un rapport au temps « dans l'instant ». Pour les raisons évoquées les entretiens ne pouvaient pas être immédiats, le recrutement s'étant fait pendant les consultations, ce qui ne nous laissait pas de temps suffisant pour faire un entretien de qualité.

Ce qui nous questionne, c'est le désistement « de dernière minute » des patients d'accord pour participer à l'étude, jusqu'à la veille de l'entretien prévu. Mais comme nous l'avons mentionné plus haut, les patients en situation précaire ont souvent une vie marquée « au jour le jour ». Ils vivent dans l'instant présent et ont du mal à se projeter. On peut aussi incriminer la peur de la rencontre, du regard du professionnel, la fuite de dernière minute devant une mise en situation qui pourrait les fragiliser. Nous n'avions pas tenu compte de ces données lors du recrutement des patients.

En dehors d'un seul retour que nous avons eu, où la patiente nous expliquait que c'est parce qu'elle avait d'autres soucis et qu'elle avait honte de son inobservance qu'elle s'était finalement désistée en dernière minute, nous n'avons pas réussi à joindre les autres patients pour connaître les raisons de ce désistement soudain.

Il a été pensé de rappeler les patients à distance de la prise de contact de septembre pour comprendre les raisons qui les ont fait renoncer aux entretiens, mais le but n'est pas de les accabler, d'autant que plusieurs appels avec messages ont été réalisés au moment de la reprise de contact en septembre 2014.

Une autre question s'est posée pour les entretiens censés se dérouler à mon domicile : si on avait avancé l'argent du transport, les patients seraient-ils venus ? Mais là encore, comme la première prise de contact s'est réalisée en juillet-août, et que les entretiens étaient prévus à partir de septembre 2014... ça aurait néanmoins été possible d'envoyer l'argent par voie postale.

D'autre part, aucun entretien n'a été réalisé à mon domicile, les patients se désistant systématiquement, bien que ce fût leur choix initial. L'entretien en tête-à-tête au domicile du « docteur » a sûrement été un facteur déstabilisant, la mise en situation dans un environnement qu'ils se représentent éloigné du leur, avec, sans doute, la peur d'être jugé par une personne qui n'est pas de leur milieu et qu'ils ne connaissent pas.

Nous avons également été confrontés au refus de certains patients, qui ne souhaitent pas participer à l'étude. Les raisons invoquées étaient que « ça ne les intéressait pas » ou « qu'ils n'avaient pas le temps ».

- Biais :

Les patients les moins observants ont souvent refusé l'entretien ou se sont désistés. Par ailleurs, les patients non observants sont le plus souvent en rupture avec le système santé. Ceux qui ont accepté les entretiens semi-dirigés étaient en majorité des patients plus ou moins « stables » sur le plan financier, et avaient pour la plupart retrouvé des liens sociaux. Nous avons également recruté les patients au cabinet de médecine générale, les patients n'étaient donc pas en rupture totale avec le système de santé.

De plus, les patients vus en entretiens se retrouvaient pour la plupart en tête à tête avec moi pour la première fois, ce qui a pu freiner leur libre expression, créer une difficulté à se confier à une inconnue. Dans les focus groups, il y avait toujours des intermédiaires et ils étaient plusieurs à participer, créant une dynamique de groupe. Il aurait donc peut-être été intéressant de réaliser les entretiens avec une tierce personne connaissant le patient pour lui permettre de se livrer plus aisément.

Pour certaines questions posées nous pouvons également supposer un biais de désirabilité sociale, pour toutes questions relative au médecin traitant, notamment lorsque nous évoquons la confiance accordée au médecin traitant ou la qualité de l'information reçue quant aux traitements prescrits ou leurs pathologies.

Pour limiter les biais d'interprétation, les entretiens manuscrits et les résultats ont été relus par une sociologue du cabinet Etudes et Développement de Nancy.

1.2. Les focus groups.

La limite des focus groups est que je n'y ai pas participé, je n'ai donc pas pu assister à l'interaction entre les personnes participantes. Cependant, ils ont été riches en informations, les patients s'emblaient s'exprimer librement. Le fait d'être en groupe, d'avoir différents médiateurs, notamment la sociologue du cabinet Etudes et Développement rattachée au mouvement ATD toujours présente, a pu rendre leur expression plus libre. Enfin le partage de la parole a été réalisé sur de nombreuses années dans la confiance, avec une méthodologie construite avec les participants et validée par eux.

2. Les entretiens semi-dirigés valident les résultats des focus groups.

Le décryptage des 14 années de focus groups a permis à lui seul de relever de nombreuses informations concernant le rapport aux médicaments et à l'observance des plus pauvres. Ces constats ont été corroborés par les entretiens semi-dirigés, comme nous l'avons décrit dans la partie résultats.

Les entretiens ont cependant été plus riches en informations personnelles, « plus intimes », sur la vie des personnes interrogées, leur enfance, leur adolescence, les difficultés qu'ils ont pu rencontrer dans la vie. L'interaction directe, en face à face avec les personnes, a été très enrichissante. Elle a en effet permis d'aborder leurs séquelles physiques, un physique marqué par la précarité. Dans certains cas, nous avons pu pénétrer dans leur monde, chez eux, où ils m'ont accueilli chaleureusement. L'accès à l'armoire à pharmacie des patients vus à domicile a permis de recueillir des données importantes pour cette étude.

D'autres thématiques plus spécifiques ont pu être abordées au cours des entretiens, comme le rapport à leur propre santé, ou encore les pathologies aiguës.

3. Observance médicamenteuse et freins à l'observance dans la population précaire.

3.1 Observance médicamenteuse.

3.1.1. Pathologies chroniques.

L'objectif de l'étude n'était pas une mesure de l'observance dans la population précaire, nous pouvons néanmoins noter que 3 des patients interviewés en entretiens sur 7 rentrent dans les critères de l'adhésion au traitement soit 42% pour les maladies chroniques.

Mais l'observance reste globalement difficile, souvent accompagnée de désespoir. On retrouve la tentation de tout abandonner, de tout laisser tomber. On voit le rapport à l'observance évoluer en fonction de la pénibilité de la vie des patients. On a pu noter que l'accompagnement à la prise des médicaments se révèle une aide pour certains. Des conditions stables d'hébergement peuvent aussi permettre une observance excellente alors que la vie à la rue est en antagonisme avec la prise adéquate des traitements.

3.1.2. Pathologies aiguës.

Dans les entretiens, nous avons retrouvé une observance mitigée pour les pathologies aiguës, basée sur les dires des patients, et dans certains cas, l'accès à l'armoire à pharmacie.

2 patients disaient suivre à la lettre les recommandations et prescriptions du médecin. Les 5 autres, ne sont pas observants lorsqu'il s'agit de maladies aiguës.

On a pu constater que lorsque les médicaments prescrits n'étaient pas remboursés, ce qui est fréquemment le cas dans les pathologies aiguës ORL notamment, ils ne sont pas achetés en pharmacie donc pas pris. Cela concerne également les médicaments à visées psychiatriques, comme une patiente qui s'est vue prescrire un anxiolytique après le décès de sa mère et qui ne l'a pas pris, par crainte des effets secondaires notamment.

Pour deux patients, les antibiotiques prescrits ont été arrêtés précocement ou encore pas pris du tout.

Un patient en entretien nous disait « attendre que ça passe ». Il n'ira voir le médecin que si les symptômes ne s'atténuent pas avec le temps.

Les médicaments remboursés ne sont pas forcément pris par ailleurs. On a pu noter, dans les cas où nous avons accès à l'armoire à pharmacie, que certains médicaments prescrits étaient périmés, à peine entamés, ou parfois même pas utilisés, « parce que ça allait mieux ». On retrouvait ainsi des boîtes d'antibiotiques, des bains de bouches prescrits après extraction dentaire, des sirops antitussifs.

Nous constatons que les patients précaires font souvent appel à leurs ressources naturelles pour s'en sortir, dans la vie, comme dans la maladie. Ils ne se présentent pas comme des « subisseurs », ou « des profiteurs ». Ils développent des stratégies propres, comme l'ont montré les travaux d'ATD Quart-Monde (56) et ont aussi des proposants, et font part de leurs expériences de vie pour éclairer nos connaissances et nous permettre de changer notre regard. Ils vivent par ailleurs avec un souci d'économie, « ne pas trop consommer », et faire des réserves pour le futur. On note que cela s'applique également pour les pathologies aiguës où les traitements sont souvent arrêtés précocement.

3.2. De nombreux freins à l'observance médicamenteuse.

3.2.1. Des freins communs à la population générale.

En effet, on a pu relever de nombreux obstacles empêchant une prise médicamenteuse optimale, dans les focus groups et les entretiens, qu'on retrouve également dans la population générale avec notamment : une lassitude à prendre quotidiennement un ou plusieurs traitements, un nombre important de comprimés, l'absence d'efficacité immédiate/l'accoutumance à un traitement, le mauvais goût du médicament, un conditionnement non adapté, la contrainte horaire pour certains traitements, le caractère asymptomatique de la pathologie chronique, un manque d'information sur le traitement ou encore la peur de certains traitements, notamment des effets secondaires qu'ils peuvent engendrer, ou les effets secondaires avérés. (2)(3) (26) (15) (28)

3.2.2. Des freins propres aux patients les plus démunis.

La précarité handicape l'observance dans plusieurs domaines.

(a) L'aspect financier.

L'aspect financier est mis en avant dans nos deux études. Comme le disait un patient des focus groups : « *Si t'as pas de pognon, tu peux crever* ».

La Sécurité sociale est le premier financeur des dépenses de santé, avec 75,8% du financement. Les complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) assurent 13,5 % du financement des dépenses de santé, dont 7,5 % pour les mutuelles contre 3,6 % pour les assureurs. La part directe des ménages représente actuellement 9,4 %. (57)

En 2008, 16.6% des patients interrogés de 18 à 64 ans disaient avoir renoncé à se soigner au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières. C'était le cas de 30.5% de patients non couverts par une complémentaire santé. (58)

Une étude de l'Assurance Maladie publiée en 2012 montre que l'acquisition d'une complémentaire santé augmente la consommation de soins. Elle fait chuter les taux de non-recours, notamment en ce qui concerne les actes dentaires, les actes effectués chez un médecin généraliste et les actes pharmaceutiques. (59)

FIGURE 16 : Taux de renoncement aux soins pour raison financière en 2008. IRDES. (58)

	Taux de renoncement	Effectif pondéré	Chi-deux
Sexe		8 484	<0.0001
Homme	13,0	3 074	
Femme	19,8	3 420	
Age		8 484	0.001
18-29	13,6	1 615	
30-44	17,7	2 144	
45-64	17,4	2 735	
Etat de santé déclaré		4 748	<0.0001
Mauvais ou très mauvais	34,4	143	
Moyen	26,9	821	
Bon ou très bon	13,2	3 785	
Etat dentaire déclaré		4 726	<0.0001
Mauvais ou très mauvais	44,5	407	
Moyen	21,4	1 452	
Bon ou très bon	9,6	2 866	
ALD		8 484	<0.0001
Oui	22,8	696	
Non	15,8	5 798	
Niveau de vie		4 878	<0.0001
1 ^{er} quintile de revenu par UC	24,3	801	
2 ^e quintile de revenu par UC	23,2	896	
3 ^e quintile de revenu par UC	16,5	1 040	
4 ^e quintile de revenu par UC	15,2	1 100	
5 ^e quintile de revenu par UC	7,5	1 140	
Niveau d'études		8 448	0.006
Sans diplôme	18,3	1 404	
CAP, BEP	18,0	1 910	
Baccalauréat	16,0	1 038	
Bac +2 et plus	14,4	2 095	
Taille du ménage		8 484	<0.0001
Personnes seules	21,5	963	
Ménages de 2 à 4 personnes	15,1	4 734	
Ménages de 5 personnes et plus	19,3	797	
Complémentaire		8 484	<0.0001
CMU	21,0	356	
Privée	15,3	5 742	
Sans	30,4	396	
Total	18,5	8 484	

- L'avance des frais de la consultation médicale.

Cela concerne les patients au-dessus du seuil de la CMU-c qui ne peuvent pas payer de complémentaire santé. Payer 6.90 euros par consultation et par personne est un vrai budget qui peut vite augmenter en cas de consultations de plusieurs membres de la même famille, comme l'a expliqué un patient des focus groups. Ils leur arrivent alors de ne pas avoir de quoi payer le médecin et n'iront donc pas renouveler leur ordonnance.

L'ARS de Lorraine considère d'ailleurs que le plafond de ressources permettant d'accéder à la CMU-C est trop bas. Malgré des ressources faibles, de nombreux patients dépassent les plafonds CMU-C. « *Ce dispositif ne couvre donc pas les besoins réels* ». (60) Par ailleurs, l'ARS a noté en 2011 que le nombre de personnes pouvant bénéficier de la CMU-C est en diminution depuis la mise en place du RSA « activité ». En effet, de nombreuses personnes ayant effectué des contrats aidés ou des missions intérimaires ou encore des CDD accèdent à des ressources au-dessus du seuil prévu. Des difficultés d'accès à une complémentaire santé ont été notées par des patients disposant de faibles ressources mais au-dessus du seuil. Personnes veuves, personnes âgées avec de très petites retraites, des travailleurs « pauvres » qui perçoivent un SMIC, ceux qui occupent un emploi à temps partiel. Ces personnes pourraient néanmoins bénéficier de l'ACS mais ne le savent pas. Seuls 30% des bénéficiaires potentiels font la demande. (60) Pour en bénéficier, il faut remplir trois conditions : Résider en France de manière stable (avoir la nationalité française ou être titulaire d'un titre de séjour) et régulière (plus de trois mois), et avoir des ressources comprises entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35%. Le montant accordé dépend de l'âge du bénéficiaire : de 100 euros annuels pour les moins de 16 ans à 550 euros pour les plus de 60 ans. (61)

A la demande de personnes en grande précarité engagées dans le Mouvement ATD Quart Monde et avec elles, une action a été lancée en Lorraine en 2009 avec la création d'un contrat collectif négocié avec le statut « groupe ouvert » offrant la garantie santé et prévoyance qui réponde aux besoins de santé des leurs. Le Réseau santé précarités de Nancy et la FNARS sont partenaires et forment le groupe adhérent. Deux mutuelles ACORIS et SMI répondent à l'appel d'offre. Cette garantie est fonctionnelle et répond aux besoins des personnes adhérentes. En juin 2013, ATD Quart-Monde et cinq des plus grandes mutuelles interprofessionnelles françaises (Adréa Mutuelle, Apréva Mutuelle, Eovi Mutuelle, Harmonie Mutuelle et Mutuelle Ociane) créent ensuite l'association nationale ACS-P, proposant une complémentaire santé spécifiquement dédiée aux bénéficiaires de l'ACS, assurant pour une cotisation réduite, une couverture santé de qualité, aux remboursements performants sur tout le territoire français et les DOM-TOM. La création de l'association ACS-P s'inscrit dans l'un des objectifs du plan national de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion. (62) L'action d'ATD Quart-Monde vise ensuite à obtenir une modification de la loi de 2004 sur l'ACS permettant l'accès des personnes bénéficiant de l'ACS de souscrire à des contrats collectifs. De même la loi Hamon prendra en compte cette dynamique et permettra de proposer des co-assurances pour répondre à l'appel d'offre du ministère de la santé pour des contrats collectifs négociés pour les bénéficiaires de l'ACS.

Le 1^{er} juillet 2015, par décret ministériel, tous les bénéficiaires de l'ACS ont accès à des contrats santé négociés, peu chers, avec une couverture correspondant à la demande des militants de l'association Quart-Monde et des aménagements de la loi de 2004 favorables à cette tranche de population. Le bénéfice des droits liés à l'ACS est conditionné pour tous à la souscription de contrats d'assurance complémentaire santé homologués par l'État avec trois niveaux de

garantie proposés (entrée de gamme, contrat intermédiaire et contrat supérieur). Elle donne également droit au tiers pays intégral, supprime les frais de franchises médicales, et supprime la participation forfaitaire de 1 euro de la consultation médicale. Elle permet de plus de bénéficier des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, quel que soit le médecin, même s'il est en secteur 2. (63)

- La franchise sur les boîtes de médicaments.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, il existe une franchise de 50 centimes d'euros par boîte de médicament. Elle est plafonnée à 50 euros par an et par personne, et est déduite des remboursements effectués par la caisse d'Assurance Maladie. Elle concerne tous les médicaments remboursés par l'Assurance Maladie (médicaments allopathiques ou homéopathiques, préparation magistrale). Tous les patients sont concernés, sauf les enfants de moins de 18 ans, les patients bénéficiant de la CMU ou de l'AME, les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité (du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse au 12^e jour après l'accouchement). (64)

Ceci est vécu comme une réelle injustice, notamment lorsque le médecin prescrit d'emblée plusieurs boîtes d'un médicament et que celui-ci se révèle non adapté, comme cela est dénoncé par les participants des focus groups. La franchise sera par ailleurs prélevée sur le remboursement de la prochaine consultation médicale, ce qui peut être une cause de renoncement aux soins. Le patient n'ira pas consulter pour renouveler son traitement car il sait qu'il risque de perdre plusieurs euros sur son remboursement de consultation.

- Les médicaments non remboursés.

Les patients précaires mettent en avant le frein que peut constituer la prescription de médicaments non remboursés, que ça soit dans les focus groups, ou les entretiens individuels. De fait, il existe de nombreux médicaments non remboursés, notamment pour les pathologies infectieuses ORL, cutanées, ou parasitaires comme on l'a vu dans la partie résultats. En effet, les sprays nasaux, le sérum physiologique pour la désobstruction rhinopharyngée du nourrisson, la plupart des sirops antitussifs ne sont pas remboursés. Aucun collutoire n'est remboursé.

Les patients précaires ne pouvant souvent pas se permettre de déboursier 5 euros pour un collutoire, ne prennent pas les médicaments prescrits. Ils mettent en avant que certains traitements « basiques », fréquemment utilisés devraient être remboursés, notamment le sérum physiologique pour les nourrissons, ou encore les vitamines B1-B6 dans la prévention de la neuropathie alcoolique.

- L'accès à la pharmacie dans les situations d'urgence.

Un autre frein commun aux patients précaires et réaffirmé dans l'étude par focus groups est l'accès géographique à la pharmacie. Cela peut rapidement s'avérer compliqué lorsqu'on n'habite pas une grande ville, qu'on n'a pas de moyen de locomotion, qu'il faut chercher un bus, comprendre les horaires et l'itinéraire du bus et surtout payer le ticket de bus aller-retour pour aller chercher ses médicaments. La facture peut ainsi vite être grimper, entre les 1 euros de franchise sur la consultation médicale, le trajet domicile-pharmacie, les éventuels médicaments non remboursés inscrits sur l'ordonnance, et la franchise sur chaque boîte de médicament.

C'est dans les situations d'urgences, les soirs et week-end notamment, lorsque le médecin de garde intervient, ou dans le cadre des services d'urgences que cette inégalité d'accès géographique est le plus cruciale. Les personnes ont une ordonnance mais il n'y a souvent qu'une pharmacie de garde pour un secteur donné. Si le médecin n'informe pas le patient de la pharmacie de garde, ou si le patient n'a pas de moyens internet pour le savoir par exemple, le parcours s'arrête là comme l'explique un patient des focus groups. Trouver un bus tard le soir, être sûr de pouvoir faire le chemin en sens retour peut vite relever du parcours du combattant pour les patients les plus démunis.

Cette situation s'aggrave, les médecins fuyant de plus en plus les quartiers précaires, les cités, et autres zones rurales. Cette désertification progressive des quartiers pauvres entraîne par conséquent la fermeture des pharmacies suite au départ des prescripteurs et ne fait qu'aggraver les difficultés d'accès aux médicaments pour les patients ne disposant pas de moyens de locomotion. Nous notons aussi que de nombreuses pharmacies quittent les lieux pauvres car elles ne vendent pas de produits de parapharmacie à ces populations et ont du mal à s'en sortir financièrement avec la seule vente des médicaments.

- La nécessité d'avoir accès à l'électricité.

Un patient participant aux focus groups a soulevé un réel problème auquel les médecins ne pensent pas forcément : La nécessité d'avoir accès à l'électricité pour utiliser certains appareils, notamment, dans son cas, un appareil de pression positive continue pour traiter le syndrome des apnées obstructives du sommeil.

Pour les appareils de pression positive continue, il faut en effet au moins 7 heures d'électricité continue. Lorsqu'un médecin prescrit cet appareil, il ne pensera probablement pas à demander au patient s'il a l'électricité chez lui. C'est également valable pour l'utilisation des aérosols. Ce sera alors au patient de le préciser au médecin prescripteur, le revoyant constamment à un sentiment de honte, d'infériorité, et qui risquera d'aboutir à un renoncement aux soins à plus ou moins long terme.

- Le chèque de caution.

Un autre point important a été mis en exergue par un patient participant au focus group. Un chèque de caution est demandé par la plupart des pharmacies pour la location de tire-lait ou de matériel médical . Les patients les plus démunis n'ont pas droit au chéquier. Ils ne peuvent donc pas utiliser ces appareils à moins que quelqu'un leur prête un chèque, ce qui pose un vrai problème pour l'accès aux soins de tous.

(b) Une rupture de droits.

La précarité est définie par des ruptures sociales répétées et c'est un facteur essentiel de non adhésion de cette population aux traitements.

La rupture de droit est un frein majeur à l'observance car elle donne lieu à une rupture de la continuité des soins. Elle intervient plus rapidement maintenant, le droit était auparavant revu sur un intervalle de quatre années par les services de la sécurité sociale, il est maintenant revu chaque année et lors du changement de situation des personnes notamment. Les populations vivant en précarité font face à de nombreuses ruptures de parcours et cette nouvelle mesure leur est plus particulièrement préjudiciable. Les démarches personnelles pour rétablir leurs droits sont alors nombreuses et s'additionnent aux soucis et aux inquiétudes du lendemain et ne sont pas toujours faites.

Les patients se retrouvent alors sans couverture sociale, ne pouvant ni consulter un médecin, ni aller chercher leurs médicaments à la pharmacie. Cette situation inacceptable dans les situations d'urgences notamment, est pourtant commune. Certaines pharmacies délivrent parfois quand même les traitements quand ils connaissent les patients et ils régulariseront par la suite disent les personnes participant aux focus groups.

De plus, les patients en situation précaire n'anticipent souvent pas le renouvellement de leurs droits. Les démarches administratives sont lourdes pour ces patients qui au vue leur situation déménagent souvent et n'ont pas tous les papiers à disposition. Leurs conditions de vie précaire, favorisent la perte des pièces administratives. Certains ne maîtrisent pas forcément la langue française et ont un mauvais rapport à l'écrit. Par ailleurs, comme beaucoup, ils ne savent souvent pas où s'adresser, sont renvoyé d'un service à l'autre avec une attente souvent longue, des réponses différentes selon les interlocuteurs. L'absence d'aide au remplissage des dossiers est monnaie courante, le nombre de personnels des caisses dédiées à cette tâche ayant été considérablement réduit. Le risque d'abandon des démarches lié à la complexité du système est un facteur important dont il faut tenir compte. (60)

(c) La rupture d'ordonnance.

La rupture d'ordonnance est un point retrouvé dans les focus groups. Le patient précaire a parfois du mal à intégrer la notion de maladie chronique, à comprendre le fonctionnement du système de soins, l'importance du médecin généraliste dans son parcours. Il s'en suit alors des arrêts de traitements faute de compréhension et d'anticipation de la fin du traitement. (65)

(d) La santé, un enjeu secondaire.

- Conséquence de la précarité.

La précarité conduit le patient à la mélancolisation du lien social, au découragement, au désespoir, à la perte de confiance en soi et en autrui. Le lien social se fragilise, et une grande solitude apparaît, pouvant se transformer en une grande désespérance. (66)

Se soigner devient pour beaucoup un enjeu secondaire car il existe une vulnérabilité globale de l'individu, faisant passer la santé au second plan. Dans les focus groups ainsi que dans les entretiens, les participants disent à demi-mots qu'ils perdent peu à peu l'estime d'eux-mêmes, ils évoquent la lâcheté, le fait de trainer dans la vie, la négligence... D'autant plus que la précarité ne se traduit pas par des pathologies spécifiques mais par des situations cliniques aggravées car le problème de santé est pris trop tard.

- Conséquence d'un passé douloureux.

Certains patients ont relaté au cours des entretiens un passé douloureux, marqué par la violence ou encore la maltraitance. Mme 5, a été profondément marqué par le viol de sa fille dans son adolescence. Cet évènement l'a poursuivi toute sa vie et l'a fait basculer dans la précarité. Mme 3 nous a avoué que son père lui aurait mis de l'alcool dans ses biberons alors qu'elle n'était encore qu'une enfant. Elle a également dû faire face au décès de son nourrisson qu'elle avouera victime d'étouffement par son père. Aujourd'hui, cette patiente n'est pas adhérente à son traitement. Après un passé marqué par de tels évènements, sa santé n'est pas sa priorité et elle le dit.

- La « survie », une priorité face aux conditions de vie engendrées par la misère.

Comme cela a été mis en évidence par plusieurs patients ayant participé aux focus group, la « survie » est prioritaire par rapport aux soins médicaux. C'est aussi ce qui a été démontré dans une enquête réalisée par l'ARS de Lorraine en 2011 « La santé paraît secondaire, bien loin des réalités du quotidien ». (60)

En effet, ces patients vivent avec l'angoisse permanente de ne pouvoir « survivre ». Subvenir aux besoins de leur famille en faisant face aux besoins vitaux essentiels est leur principale priorité. Ils mettent leur argent dans les besoins considérés comme essentiels à la survie : avoir un toit, se nourrir, se chauffer. Faire renouveler son ordonnance passe alors au second plan.

(e) Se soigner, source d'angoisse.

Ces patients fragiles, plus vulnérables sur le plan psychologique, (66)(65)(64)(63)(25) (62) vivant souvent dans la misère, baignés quotidiennement dans l'angoisse du lendemain, ont parfois du mal à se « rajouter » des angoisses supplémentaires concernant leur santé.

Le médicament c'est « de l'angoisse ». Les médicaments rappellent une ou plusieurs pathologies, le plus souvent asymptomatiques initialement, ce qui peut rendre l'adhésion d'autant plus difficile pour les maladies chroniques. Un patient des focus group soulignait également l'angoisse générée par le fait de ne pas savoir si un médicament est remboursé ou non sur une ordonnance.

Le médicament est « marqueur de maladie » comme le souligne justement un patient de l'étude, et renvoie consciemment ou inconsciemment à l'idée de mort, aggravant la misère dans laquelle ils vivent. Ce médicament est aussi « un moyen de chantage ou d'appel à l'aide » ; il permet d'attirer l'attention des accompagnants de santé. Le médicament est aussi un des éléments de la relation soignant soigné, avec du « donnant-donnant » ou « tu prends, je te prends ». On entend je vous « donne » des médicaments... « il m'a donné des médocs » et parfois les praticiens disent « je ne le prends plus, il ne prend pas ses traitements » .

De plus, l'expérience de la maladie engage l'intime du sujet : sait-on être malade ? Qu'apporte, que retire la maladie? Les études sur l'expérience des patients révèlent un nombre incalculable de questions qui démontrent des niveaux d'angoisse importants. Ces questions peuvent provenir de fausses informations trouvées sur internet notamment. (18) ». Nous n'avons pas pu explorer toute cette problématique or c'est un sujet essentiel dans la compréhension du sujet. Le Mouvement ATD Quart Monde a initié une recherche complémentaire sur ces questions.

(f) La contrainte horaire.

Comme dans la population générale, la contrainte horaire de la prise médicamenteuse est une vraie difficulté car elle se heurte aux réalités de la vie en grande pauvreté. Mais elle est abordée sous un angle différent par les patients en situation très précaire. Prendre un

antibiotique au cours d'un repas pour une meilleure absorption, n'est pas chose aisée quand on n'a pas de quoi manger, comme le soulevait un patient des focus groups qui ne mangeait habituellement qu'une fois par jour. Il en est de même notamment pour les traitements antidiabétiques oraux, mieux tolérés s'ils sont pris au cours d'un repas. Quant aux patients traités par insuline, il est nécessaire d'avoir une alimentation régulière et d'avoir de quoi de resucrer en cas d'hypoglycémie. Par ailleurs la vie en précarité conduit bien souvent à des modes de vie sans horaire, des modes de fonctionnement permettant d'être disponible pour toute opportunité de survie. Nous sommes loin des parcours de vie ou de santé linéaires favorables à une bonne observance.

(g) La peur de s'engager sur des soins à long terme.

Vivant dans un présent marqué par l'instabilité les patients ont souvent du mal à se projeter dans l'avenir plein d'incertitudes. Cela concerne notamment les soins dentaires comme nous l'avons vu dans les résultats de l'étude des focus groups. Les soins sont décrits comme souvent longs et coûteux, mal remboursés par la sécurité sociale pour certains types de soins. En découle un reste à charge souvent élevé, d'autant plus s'il n'y a pas de complémentaire santé.

(h) L'instabilité géographique.

Nous avons rencontré un patient ancien SDF, qui résidait en foyer au moment des entretiens. Ayant passé la majeure partie de sa vie dans la rue, et errant de villes en villes, il nous a expliqué que faire renouveler son traitement antidiabétique oral n'était pas sa priorité. Le fait de ne pas avoir de lieu de vie stable ne permet pas aux patients d'avoir un médecin traitant attitré et un suivi adapté.

4. Une réserve par rapport aux médicaments.

4.1. Une méfiance dominante.

4.1.1 Les médicaments en général.

Bien que les médicaments aient pour vocation de soigner ou de prévenir certaines maladies, les termes employés pour parler des médicaments dans nos deux études sont souvent des termes forts, à connotation négative : « ça sert à rien », « c'est de la merde », « ça abrutit », « c'est les médicaments qui rendent malades », « j'ai l'impression que ça fait plus de mal qu'autre chose », « il faut se méfier », « moi ça me fout la trouille », « c'est une drogue ».

Que ça soit dans les focus groups ou les entretiens, les patients expriment une certaine réticence à utiliser les médicaments en général. Certains les prennent mais avec la crainte des effets secondaires notamment, d'autres n'auront alors aucun regret à « oublier les prises ». Une patiente se décrit même comme une « anti-médicaments » et accordera plus sa confiance dans les médicaments homéopathiques. Pour les pathologies aiguës, elle préférera attendre que ça passe, plutôt que de s'automédiquer, même avec du PARACETAMOL.

Avec les différents scandales récents sur les médicaments, dont l'affaire MEDIATOR® entre autre, un patient dit préférer les médicaments plus anciens, ceux dont on a assez de recul pour juger de leur efficacité, et dont on connaît les effets secondaires.

Selon une enquête du LEEM, en 2015, la confiance des patients dans les médicaments a progressé de 10% par rapport à 2014, passant de 75 à 85%. (67) Un patient en entretien nous disait cependant que pour lui, un bon médicament, « c'est celui qu'on ne prend pas ». Les patients précaires restent méfiants, laissant souvent « le corps faire son travail » notamment en ce qui concernant les pathologies aiguës.

4.1.2 Les médicaments génériques.

Dans les deux études, nous avons pu constater une méfiance des patients vis-à-vis des médicaments génériques comme nous l'avons vu plus haut. Des noms « barbares », souvent difficiles à retenir, un risque de confusion qui découle d'une présentation différente par rapport au médicament princeps, des modes d'utilisation plus complexes car ils sont moins facilement sécables, un manque d'informations, la crainte des effets secondaires et d'une efficacité moindre sont les éléments pointés par les patients qui les rendent réticent à les utiliser. La notion de médicament générique est floue pour la plupart des patients interrogés

en entretiens. Beaucoup distinguent le « vrai » du « faux », et par conséquent accordent plus leur confiance au « vrai ». Cependant, ils se sentent contraint d'accepter le générique, car ils ne pourraient pas avancer les frais en cas de refus des médicaments génériques. En effet, le dispositif « tiers payant contre génériques », renforcé depuis juin 2012 et aujourd'hui appliqué sur l'ensemble du territoire français, consiste à réserver le tiers payant aux assurés qui acceptent la délivrance de médicaments génériques lorsqu'il en existe pour les médicaments qui leur sont prescrits. Dans le cas contraire, le tiers-payant n'est plus applicable, et le patient doit alors payer le médicament dans son intégralité. (68)

Quelques rares patients des entretiens préfèrent quand même payer un médicament de marque s'il n'est pas trop cher, comme le GAVISCON® ou le DOLIPRANEORO®.

Cette méfiance concernant les médicaments génériques est assez générale en France, comme le confirme une enquête du LEMM en juin 2015, puisque la confiance envers les génériques est de 68%, et reste donc nettement en retrait de la confiance accordée aux médicaments de marque qui est de 89%. Elle est même inférieure à celle accordée à l'homéopathie (71%), qui bénéficie d'un surcroît depuis plusieurs décennies en France. (67)

4.1.3 Les remèdes, un refuge pour certains.

Dans les deux études, des patients nous ont confié utiliser des remèdes, des « recettes de grands-mères », transmises de générations en générations, comme une patiente des entretiens, qui tient une quantité de remèdes transmis par sa mère. Pour certains, les plantes n'ont plus de secret pour eux. C'est aussi une question économique. Les remèdes sont à portée des personnes, elles peuvent en préparant les potions pour les yeux, les pansements pour les coupures, les soupes pour les problèmes intestinaux etc... Prendre activement part aux soins des leurs et se réapproprier le corps et la protection de la santé. Elles redeviennent acteur et on comprend leur combativité et leur dynamisme pour maintenir ce rôle. Bien sûr les personnes qui partagent cette dynamique vivent pauvrement mais dans des conditions relativement stables familialement et géographiquement.

4.2 En lien avec une image de soi négative.

Comme on l'a vu dans les deux études, la pauvreté et la précarité provoquent souvent des sentiments comme la mauvaise image de soi, la honte, la dévalorisation, le mal être, le manque

d'envie, le découragement, la culpabilité, l'insécurité, l'infériorité, le sentiment d'inutilité qui rendent difficile l'entrée dans une démarche de santé.

Plus la précarité est forte, plus le corps est rejeté, plus le rapport au temps est bousculé, marqué par la vie « au jour le jour », plus le rapport aux institutions sanitaires et sociales et aux professionnels de santé est difficile, produisant alors une situation de dévalorisation de la personne, voire une perte d'identité pour les situations de très grande précarité. (69)

Certains patients ont également un passé lourd à porter (maltraitance, décès d'un enfant par violence d'un proche, prison, séparation, viol...), ayant pour conséquence un mal-être persistant allant pour certains jusqu'à la tentative de suicide. Dans notre étude, mais également c'est également confirmé par d'autres (25) on relève des conséquences psychologiques à la misère notamment l'anxiété, la dépression, la consommation de médicaments psychotropes, les conduites addictives, notamment l'alcoolisme. Nous en avons un exemple avec la patiente des entretiens, maltraitée dans son enfance et ayant perdu son nourrisson de façon brutale.

La souffrance psychique qui s'exprime par l'angoisse, la dépression et l'impossibilité de se projeter est une pathologie induite par l'exclusion. Elle a un effet négatif sur les processus de réinsertion des personnes en situation de précarité. Les analyses de J. Furtos sur les situations de précarité évoquent une des dimensions de la santé psychique : celle du sentiment de sécurité qui comprend la confiance en soi, celle des autres et la confiance dans l'avenir. (4)

En effet, si les patients précaires ont souvent peu confiance en eux et accordent donc peu leur confiance aux autres, ils seront encore plus prudents avec le monde médical. Ils ont souvent une image désespérée d'eux même et de la médecine en général : « *Mais c'est pas grave, ça reste comme c'est. Si je crève oh 8 jours de plus, 8 jours de moins...* ». Ils disent à demi-mots qu'ils perdent peu à peu l'espoir dans la vie, ils ne se battent plus, ils évoquent la lâcheté, le fait de trainer dans la vie, la négligence...

Le désespoir, le manque de confiance dans l'avenir passe aussi par ces corps abimés, conséquence directe ou indirecte de la précarité. Les entretiens en tête-à-tête avec les patients montrent des corps malmenés, abimés, qui portent les cicatrices d'une souffrance réelle. Cicatrices, tatouages effectués en prison, séquelles d'alcoolodépendance, dentition très atteinte.

4.3 En lien avec une image négative de la médecine.

Les patients précaires ont souvent une représentation négative du système de santé : les expériences passées mal vécues ou négatives, l'image négative qu'ils ont de certains professionnels de santé, notamment des spécialistes comme on l'a vu dans l'analyse des focus

groups, l'illisibilité du système de santé, la complexité d'accès à une mutuelle santé, sont des facteurs qui ne favorisent pas leur entrée dans le système de prévention ou de soins. (60)

Différents éléments ont été mis en évidence dans nos deux études :

- Un manque d'informations.

Dans les focus groups et les entretiens, certains patients se sont plaint d'un manque d'informations sur leurs pathologies ou les traitements prescrits, ce qui peut les rendre réticents à retourner consulter, ou à consommer des médicaments.

- Un manque d'écoute.

Ils ne se sentent parfois pas écoutés ni entendus par leur médecin.

- Sentiment d'être infantilisé.

Certains dénoncent l'attitude du corps soignant, ils se sentent rabaissés par le monde médical, voire « infantilisés ».

- Le médecin « tout puissant ».

Certains patients dénoncent la supériorité du médecin traitant. Une patiente parlait en entretien de « gros bonnets », qui roulent avec des voitures de luxe.

- Sentiment d'être moins bien soigné.

En entretien un patient disait se considérer comme un patient « de seconde classe », qui n'a pas accès à des soins ou des médicaments de qualité car il n'a pas d'argent. Il pense que pour être bien soigné, il faut être riche. On a également retrouvé cet élément dans les focus groups ou un patient disait que les médicaments efficaces sont chers, et eux n'y ont pas accès.

- Un système qui fait peur.

Il y a également souvent une appréhension du monde médical par ces patients, un sentiment de peur plus important caractérisant cette population : peur de la pathologie, peur des effets indésirables des traitements, peur de l'inconnu, peur du regard des autres, notamment dans la salle d'attente, comme l'a exprimé un patient des focus groups. La peur du rejet, du refus de soins par rapport à leur situation financière a également été évoquée.

Plus quelqu'un est pauvre, plus il a peur de ceux-là même qui ont pour mission de l'aider ou qui décident pour lui.

Cependant, dans les deux études menées, on note que les patients précaires ont en général une image positive de leur médecin traitant, une fois qu'ils ont trouvé « le bon » lui étant le plus

souvent fidèle et lui accordant toute leur confiance. Une relation plus intime se crée généralement avec le médecin traitant, qui devient alors plus que jamais leur confident.

4.4 L'ordonnance.

La consultation aboutit le plus souvent à la rédaction d'une ordonnance. Quand on regarde la définition d'une ordonnance dans le dictionnaire, elle est la suivante : du verbe ordonner, il s'agit de la prescription manuscrite du médecin.

« Ordonner au patient » semble très péjoratif. C'est là que la relation médecin-malade prend toute son importance : intégrer le patient à sa prise en charge, ne pas en faire un simple acteur passif, lui expliquer la ou les maladies, les traitements et les éventuels effets secondaires possibles, tout en restant à l'écoute de ses attentes.

Les prescriptions, désignent, au niveau médical, « les recommandations faites au malade, verbalement ou par écrit sous forme d'ordonnance ». La prescription est encadrée au niveau légal. L'article 8 du code de déontologie médical rappelle ainsi que « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ». (70)

La France est un des pays où le niveau de prescription est élevé comparé aux autres pays européens, comme nous l'avons développé plus haut. 78 % des consultations généralistes aboutissent à la prescription d'au moins un médicament. Seul 14% des consultations correspondent à un examen médical sans prescription ni réalisations d'actes. En moyenne, on retrouve 2.9 médicaments par consultation. (70)

Dans l'imaginaire populaire en France, médecine et soins entraînent obligatoirement la prescription de médicaments. Une consultation sans rédaction d'ordonnance semble inaboutie.

Dans cette étude nous pouvons constater que ces éléments ne sont que peu ou pas plébiscités par les patients en situation de précarité. Ils leur semblent plutôt que les médicaments sont une contrainte, un fardeau de plus, et qui fait partie de toutes ces choses qu'ont les autres facilement et auxquels ils n'ont pas accès. En effet, on a pu constater que les patients avaient un rapport négatif aux médicaments qu'ils qualifient de « drogue quotidienne », qu'ils étaient réticents quant à leur utilité, leur efficacité, leur sécurité, comme nous l'avons déjà mentionné.

Ils développent d'ailleurs d'autres modes de traitement qui leur sont propres comme on l'a vu plus haut, notamment des remèdes. Pour certains, leur confiance en les médicaments est assez limitée, et ils préfèrent les médicaments anciens, dont ils ont l'habitude.

5. Une surconsommation médicamenteuse dénoncée.

5.1. Quelques chiffres.

La consommation médicamenteuse en millions d'euros suit en effet une évolution croissante depuis les années 80, celle-ci ayant été multipliée par près de 7 en 30 ans, comme l'illustre le tableau ci-dessous.

FIGURE 17 : Evolution de la consommation de médicaments des ménages Français entre 1980 et 2012. LEEM. (57)

Année	Consommation de médicaments ⁽¹⁾ (en M€)	Consommation par personne et par an (en €)
1980	5 136	95
1985	9 787	177
1990	14 654	258
1995	19 258	331
2000	23 989	414
2005	30 688	490
2010	34 470	532
2011	34 641	532
2012	34 341	525

Selon un rapport de l'Ordre National des Médecins de 2012, la France est le plus gros consommateur de médicaments toutes catégories dans l'Union Européenne : (27)

Les antibiotiques sont consommés deux à trois fois plus en France qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni, toutes familles confondues, ce qui pose, à terme, le problème de l'efficacité. La France a le plus fort taux de résistance aux antibiotiques du monde.

Les psychotropes sont prescrits 2 à 4 fois plus en France comparé à n'importe quel autre pays européen. C'est encore plus marqué pour les anxiolytiques (80 millions de boîtes consommées par an) et les somnifères.

Les veinotoniques et vasodilatateurs sont utilisés 19 fois plus en France qu'au Royaume-Uni et ce malgré leur déremboursement partiel ou total pour certains.

Les plus de 65 ans (15% de la population) sont la cible du tiers de toutes les prescriptions. 38% prennent entre 5 et 10 médicaments par jour, et 1% en prend plus de 10 par jour.

5.2. Qu'en est-il des populations défavorisées ?

5.2.1. Dans nos études.

Dans les focus groups comme dans les entretiens, certains patients dénoncent une consommation trop importante de médicaments. Un patient parle même « *d'abus* » médicamenteux, un autre de médicaments qui sont pris et prescrits « *comme des bonbons* » dans notre société actuelle. Dans les entretiens, un patient dénonce une surprescription de médicaments « *pour calmer* ». Les patients vus en entretiens prennent en moyenne 4 médicaments différents par jour.

Par ailleurs, un patient vu en entretien bénéficiaire de la CMU-C dit se soucier du prix des médicaments, même remboursés. Il suit l'évolution du prix des médicaments, et calcule même le prix de son ordonnance à chaque fois. L'attention portée à la dépense qui est leur quotidien se retrouve ici, même s'il n'a aucun frais à avancer. Contrairement aux idées reçues que les patients dénoncent, ils ne souhaitent pas profiter du système, au contraire, portent un intérêt à « ne pas coûter trop cher » à la société.

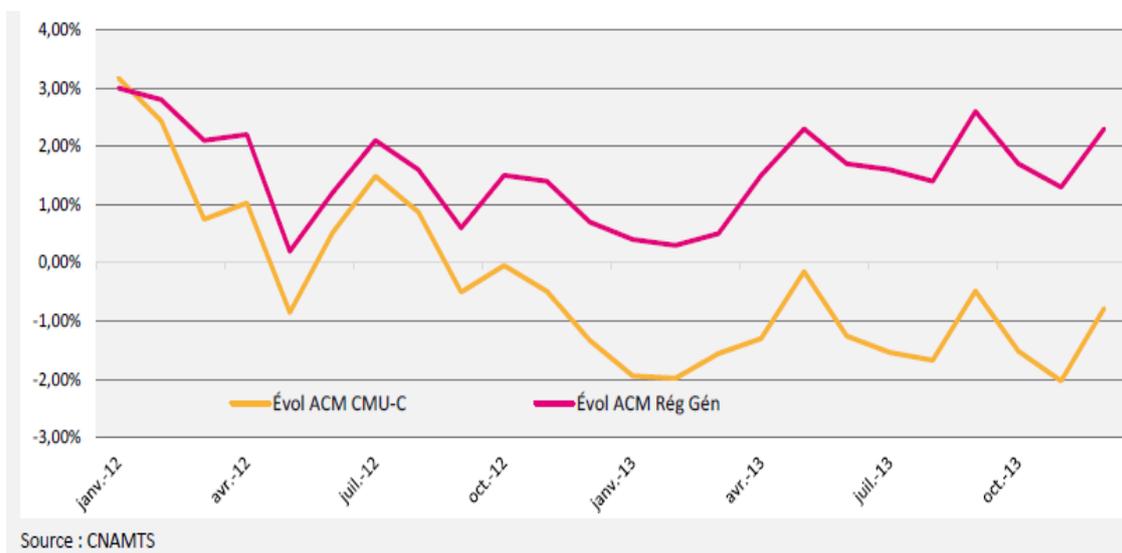
5.2.2. En France.

Le Fonds CMU établit chaque année le coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1.

Sur la période de janvier 2012 à janvier 2014, l'évolution du coût moyen en métropole de la dépense de ville pour la CMU-C en ACM (Analyse des correspondances multiples) est inférieure à celle de la population générale, tout en suivant globalement le même mouvement.

(71)

FIGURE 18 : Évolutions, pour les dépenses de ville, du coût moyen pour la CMU-C et du taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général de janvier 2012 à octobre 2013 en France. (71)



Suite à l'analyse des chiffres de la complémentaire santé ACS-P réalisée en 2014, sur 30 000 personnes adhérentes, on note une utilisation du contrat pour 8% en achat de médicaments remboursés pour les patients précaires, alors que la population générale utilise près de 20% pour l'achat de médicaments en moyenne. Ces résultats interrogent car nous savons par ailleurs que les personnes bénéficiaires de l'ACS sont des personnes plus souvent en ALD que la population générale, plus souvent porteuse de handicaps. Nous sommes face à un réflexe de « non dépense » des personnes adhérentes à l'ACS-P, utilisant un contrat créé pour eux, ils ne consomment pas, ou le moins possible, pour que leur contrat soit équilibré financièrement et donc pérenne. Aussi sans doute par habitude de ne pas dépenser, ils l'appliquent à la consommation médicamenteuse.

5.3. Les médicaments, arme de lutte contre la misère ?

C'est ce que soulèvent certains patients. En plus de dénoncer une consommation excessive de médicaments dans certains cas, ils ont le sentiment d'une surprescription médicamenteuse parfois injustifiée à leur égard. Certains soutiennent que les médecins inconsciemment veulent traiter leur misère avec des médicaments, notamment lorsqu'ils évoquent les antidépresseurs,

les anxiolytiques ou les hypnotiques : « les cache-misère ». Un constat ressort : ils ont le sentiment que les médecins les droguent « *je suis droguée* », « *asphyxié* », « *notre drogue quotidienne* », « *je continue à m'empoisonner* ». Un patient en entretien nous disait qu'il avait parfois l'impression de servir de « cobaye », que les médecins testent les médicaments sur eux un peu à l'aveugle, jusqu'à tomber sur le bon. L'ordonnance est-elle un exutoire pour le médecin qui se sent en difficulté face à ces personnes ? Une étude réalisée en Meurthe-et-Moselle en 2011 dans le cadre d'une thèse de médecine générale, portant sur près de 400 médecins généralistes a montré que plus de la moitié des médecins ont rapporté des représentations négatives ou des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité. (72)

6. Le rapport à la santé des patients précaires.

6.1. Le déni de la maladie.

La plupart des personnes interrogées en entretien se disent en « bonne santé » et ce, même avec des bilans sanguins très perturbés, notamment en ce qui concerne le diabète. Nous avons en effet constaté un déni important de la ou des maladies, notamment pour maladies chroniques longtemps silencieuses, ce qui est souligné dans la partie résultats des entretiens. En effet, la récompense obtenue s'ils sont observants est abstraite, exprimée de manière négative, elle est perçue comme jamais reçue. Une patiente disait que tant qu'elle est en vie, qu'elle peut marcher, bouger, faire le ménage et les courses c'est qu'elle va bien et ce malgré un diabète totalement déséquilibré. Une autre patiente diabétique avec une Hba1c à 2 fois la normale dit se trouver en bonne santé.

Le seul patient vu en entretien qui trouvait son état de santé dégradé, souffrait de lombalgies chroniques invalidantes.

6.2. Le déni, conséquence des fragilités engendrées par la vie.

En effet, certains patients vus en entretien relatent un passé douloureux, une entrée dans la vie qu'ils ne souhaitaient pas. Nous pouvons par ce positionnement négatif dans la vie expliquer l'enjeu secondaire que peut représenter la santé de leur corps.

Différents facteurs de vulnérabilités ont été mis en évidence : Maltraitance dans l'enfance pour certains, séparation difficile, deuil, faillite d'une entreprise, prison, viol d'un enfant.

Ce passé difficile à porter a pour conséquence un mal-être persistant caractérisé pour la plupart par un syndrome anxio-dépressif et allant jusqu'à la tentative de suicide.

Ce que nous disent les participants, c'est que l'essentiel consiste à retrouver une stabilité et une harmonie dans la vie. C'est ça la santé.

6.3. L'importance des liens sociaux dans la santé.

Au cours des entretiens on a pu constater que les liens sociaux des patients interrogés étaient distendus. Ils n'ont souvent personne sur qui compter en cas de soucis personnels qu'ils soient financiers ou autres, ce qui fait d'ailleurs partie de la définition de la précarité. Certains vivent seuls et ne voient qu'occasionnellement famille ou amis, certains même jamais. Les relations amicales sont également peu nombreuses. Un patient disait passer ses journées, affaissé sur le canapé, en attendant que le téléphone sonne.

Une patiente a cependant mis en évidence l'importance que peuvent avoir les liens sociaux sur sa santé. En effet, elle vit avec son compagnon depuis presque trois ans, et fait plus attention à sa santé. Elle a arrêté de consommer de l'alcool fort, dit se sentir mieux sur le plan psychologique, mange plus régulièrement et dit prendre ses médicaments de façon plus régulière, son compagnon le lui rappelant. La personne « pair-aidante » a donc également un rôle important dans l'observance. « La rupture de la solitude et l'amour qu'il lui apporte l'ont beaucoup aidé » disait-elle.

7. Le rôle majeur de la relation médecin-patient.

7.1 Un système d'attente réciproque.

La relation médecin-patient met en présence deux partenaires, investis chacun d'un « rôle » spécifique, et qui abordent tout deux chaque rencontre particulière, avec les références qui leurs sont propres et avec leur histoire.

Cette relation se noue souvent, mais pas toujours, autour d'un corps dont le fonctionnement est altéré ou dont l'équilibre pourrait être menacé. Cette même relation, contractualisée par les lois de protection sociale, est doublement productrice : d'un sens d'abord, c'est-à-dire d'un diagnostic ainsi que d'une analyse de ses déterminants multiples. D'un soin ensuite, dans tous les sens de ce terme : réparation d'un dommage observé, renforcement des défenses naturelles

de l'organisme, soutien moral, attitude attentive et prise en considération d'un sujet en difficulté. (73)

Chaque partenaire de la relation aborde chaque rencontre avec ses propres attentes et la façon dont il interagit avec son interlocuteur, conditionne en partie ses chances d'être compris ou incompris, satisfait ou déçu.

Chez le patient, l'image du médecin est à la fois : (73)

- celle d'un technicien, doté d'un savoir et d'un savoir-faire sur les dérèglements physiologiques
- celle d'un confident, neutre et discret, susceptible d'entendre les détresses individuelles et d'être de bon conseil
- celle d'un interprète, capable de décrypter le sens caché des choses et de donner un sens, tel un chaman, à ce qui échappe au patient
- celle d'un « guérisseur », doté de pouvoirs occultes sur le bien et le mal
- celle d'un garant de l'ordre social et des libertés individuelles
- celle d'un héros « prométhéen », ayant pour mission de repousser les limites du pouvoir de l'homme sur les lois implacables de la nature ou sur l'ordre établi par une instance divine
- celle d'un notable, alliant réussite sociale et responsabilité
- celle d'un représentant de l'autorité parentale, capable de rappeler à l'ordre, faire la leçon, voire infliger une punition, mais aussi d'apprendre les choses de la vie et de montrer le chemin de l'autonomie

Chez le médecin, l'image du patient et l'investissement de la pratique médicale renvoient :

- au désir de soulager, prendre soin, réparer
- au désir de jouer un rôle moteur dans l'évolution des normes éthiques d'une société
- au désir d'accomplir une mission sociale en offrant à ses patients un droit à la protection de sa santé qui atténue les inégalités sociales
- au désir d'exercer un « art » qui fait quotidiennement appel à son sens du discernement et à sa capacité de décision
- au désir d'allier une compétence technique à la richesse véhiculée par tout contact humain.

La fragilité monétaire amène les plus pauvres à rechercher une richesse dans la relation avec leur médecin traitant, plus que les autres patients, le tutoyant facilement, cherchant très vite à

l'appeler par son prénom, s'en approchant au point de l'inclure aisément dans leur famille comme nous avons pu le constater dans les entretiens semi-dirigés.

7.2 Une relation de confiance.

Une confiance réciproque est indispensable à une relation médecin-malade de qualité.

Elle passe pour le patient par la compétence biomédicale du médecin, ses qualités de communication à savoir l'écoute, l'empathie, la capacité à informer sur la maladie, les traitements, conseiller, rassurer, convaincre, négocier, accompagner, mais aussi par sa disponibilité et son accessibilité. (74)

À travers la confiance que lui accorde le patient, le médecin est alors convié à voir la maladie, c'est-à-dire la faille narcissique que lui seul est autorisé à examiner « objectivement ».

Dans les entretiens semi-dirigés, nous avons pu constater que la grande majorité des patients interrogés accordait leur confiance à leur médecin de famille et lui était le plus souvent fidèle.

Dans une étude de l'ATD publiée en 2011, et réalisée par les militants eux-mêmes, 94% des répondants disent avoir un médecin de famille. Ils l'apprécient et le consultent depuis de nombreuses années. (75)

7.3 La relation médecin- patient précaire, une relation plus complexe.

Que ce soit du côté du soignant ou du soigné, il existe bien souvent des images et des représentations des uns sur les autres qui peuvent rendre la relation de confiance difficile à établir.

7.3.1 Du côté du médecin.

Soigner des personnes démunies est difficile car les personnes en situation de précarité ne sont pas « des usagers comme les autres ».

La lourdeur des démarches administratives.

Pour le médecin, la mise en œuvre du soin pour les personnes les plus démunies est plus complexe à causes des nombreuses démarches administratives, souvent méconnues par les

professionnels de santé. Il faut alors se renseigner, et bien souvent effectuer les démarches à leur place.

Des pathologies parfois complexes.

Les patients en situations d'extrême pauvreté sont souvent atteints de pathologies auxquels le médecin traitant n'est pas suffisamment formé, conséquence de la précarité, ou conséquence de pathologies prises en charges trop tard. Des maladies cutanées, des pathologies infectieuses en recrudescence chez les patients précaires, comme la tuberculose.

La barrière linguistique parfois.

La crainte de ne pas être rémunéré.

En effet, il se peut que la CMU ne soit pas à jour, que le patient ne puisse pas avancer les frais de la consultation médicale

Pour soigner des personnes démunies qui relèvent de la CMU, « on nous impose de déboursier plus d'argent pour faire le soin que ce qui nous est payé », disent les opticiens, les pharmaciens et les dentistes participants à une étude sur la relation soignant soigné dans le cadre des PRAPS. « Soigner ces personnes coûte de l'argent au professionnel ». (76)

7.3.2 Du côté des patients en situation précaire.

Comme nous l'avons décrit plus haut, les patients en situation précaire ont souvent une mauvaise image de la médecine en général, ce qui rend la relation de confiance plus difficile à instaurer. Expériences passées négatives avec le monde de la santé (sentiment de honte quant à leur situation, culpabilité à ne pas suivre un traitement, à ne pas pouvoir régler la consultation, peur du rejet, du refus de soins, crainte d'être jugé, manque de considération de la part des médecins, manque d'informations quant à leurs pathologies ou aux traitements prescrits) sont autant de facteurs qui n'aident pas à construire une relation de confiance.

Cela a également été mis en exergue lors de l'étude d'ATD en 2011, intitulée Les plus pauvres interrogent notre système de santé. Les militants Quart-Monde expliquent qu'une relation de confiance est souvent plus difficile à instaurer avec le médecin spécialiste. C'est la cause de renoncement aux soins de spécialité plus fréquents. Les arguments retrouvés sont le manque d'écoute, l'humiliation, le manque de respect, la non-compréhension, et les problèmes d'ordre financiers (avance de frais, dépassement d'honoraires parfois élevés). (75)

7.4 Son rôle dans l'adhésion aux traitements.

Une relation médecin-malade de qualité passe par une entente réciproque, une information claire sur les pathologies en questions et le traitement en cours. Dans les entretiens semi-dirigés, la plupart des patients se disent informés quant à leur pathologie mais il existe peut-être un biais. En effet le fait de se retrouver face à une personne connaissant leur médecin traitant a pu les influencer. On peut cependant dire que certains patients vus en entretiens ont des connaissances sur leurs pathologies. Une patiente connaissait par exemple l'objectif d'Hba1c à atteindre. Concernant les traitements reçus, on peut noter qu'il existe un manque d'informations chez certains patients.

En revanche, dans les focus groups, certains patients dénoncent le manque d'informations reçues quant à leur pathologie mais surtout concernant les traitements prescrits. Un patient dit devoir quémander pour obtenir des informations. Il trouve également que c'est un manque de respect de la part du médecin qui les considère peut-être moins aptes à comprendre les informations délivrées, du fait de leur statut social. Dans les entretiens on a pu noter que les patients les moins bien informés sur l'utilité du traitement et de ses effets secondaires sont les moins observants.

Cela a également été relaté par plusieurs études, dont une étude publiée en 2007 qui montre que la qualité de l'alliance thérapeutique « working alliance » a un impact significatif sur la perception par le patient de l'utilité de son traitement, son sentiment d'auto-efficacité et la satisfaction du patient. (77)

Sans cette confiance, la capacité du patient à se soigner sera diminuée, ainsi que l'adhésion aux traitements médicamenteux, « le degré de concordance entre le patient et le soignant » concernant les objectifs de traitement, la manière de les atteindre et « le soutien du soignant perçu par le patient ». En effet, le fait que le patient perçoive une « croyance positive » du soignant concernant sa capacité à gérer ses médicaments favorise son adhésion aux traitements médicamenteux.

7.5 Education thérapeutique et implication des patients.

L'éducation thérapeutique est prônée depuis les années 1990 comme un des piliers de la prise en charge des patients. Dans un rapport du HCSP en 2009, le médecin généraliste y est présenté comme ayant un « rôle-clé » dans l'éducation thérapeutique des patients. (78)

« L'éducation thérapeutique aide les personnes atteintes de maladies chroniques et leur entourage à comprendre la maladie et le traitement, à coopérer avec les soignants et à maintenir ou améliorer leur

qualité de vie. Pour bon nombre de pathologies, il est démontré que l'éducation thérapeutique des patients améliore l'efficacité des soins et permet de réduire la fréquence et la gravité des complications. Compte tenu du nombre croissant de personnes atteintes de maladie chronique en France, environ 15 millions actuellement, les besoins en la matière sont très importants. L'éducation thérapeutique ne peut pas être assurée par les seuls établissements hospitaliers. Elle devrait s'exercer au plus près des lieux de vie et de soins des patients ».

De fait, si l'éducation thérapeutique incombe au médecin, le patient doit savoir y répondre. Or il existe parfois un conflit du patient avec lui-même. Bien souvent, le patient lui-même n'est en fait pas d'accord avec ce qu'il fait comme nous l'avons retrouvé dans notre étude. Il aimerait pouvoir changer, améliorer son observance, mais avoue parfois une « faiblesse de la volonté ». C'est un phénomène bien connu des philosophes. Celle-ci exprime une division de l'esprit, entre une part qui pousse à se soigner et une autre qui pousse à ne pas le faire. (79)

De plus, la récompense de l'observance est souvent lointaine, alors que celle de la non-observance est immédiate, même si elle est délétère. Pour les patients précaires, le soin est une frustration immédiate pour un meilleur futur. Mais quand on n'a pas de futur, qu'il est difficile de projeter dans un avenir incertain, certains estiment que la frustration n'en vaut pas la peine.

8. Le cas du diabète chez les patients précaires.

Sur les 7 patients vus en entretiens, 6 sont diabétiques, dont 2 patients insulino-réquerents, et une patiente insulino-dépendante. Cette maladie est en effet plus fréquente chez les patients précaires, et les amène à être plus en contact avec la médecine du fait de bilans sanguins trimestriels recommandés, ce qui peut expliquer que nous en ayons vu tant. Cette maladie chronique est néanmoins vécue différemment par les patients précaires, car en plus des traitements parfois lourds qu'elle impose, s'ajoutent des règles hygiéno-diététiques plus difficiles à mettre en œuvre lorsqu'on est pauvre.

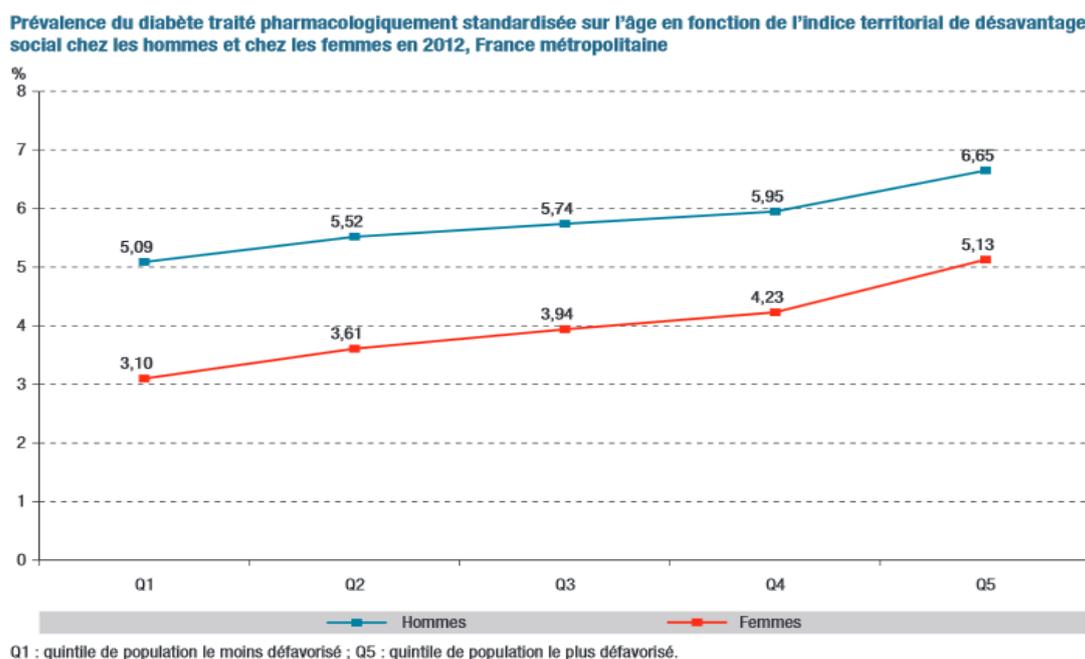
8.1. Une maladie plus fréquente lorsqu'on est pauvre.

Le diabète est une des maladies chroniques les plus fréquentes en France, ayant des conséquences importantes en termes de morbi-mortalité. On dénombre en France actuellement environ 4,4 % de diabétiques, soit 2 900 000 diabétiques traités médicalement, auxquels il faut ajouter 300 000 diabétiques traités par mesures hygiéno-diététiques seules, et environ 600 000 diabétiques méconnus. Le taux d'augmentation actuel annuel en France est de 5 %. (80)

Il a par ailleurs été démontré que la prévalence du diabète est plus élevée chez les patients en situation précaire. (81) (82) (83)

Selon une étude de l'INVS réalisée en France 2012, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement standardisée sur l'âge augmente en fonction de l'indice territorial de désavantage social, du quintile le moins défavorisé (Q1) au quintile le plus défavorisé (Q5). Les ratios de prévalence étaient respectivement de 1,1 (Q2/Q1), 1,2 (Q3/Q1), 1,3 (Q4/Q1) et 1,5 (Q5/Q1). La relation était observée chez les hommes, comme chez les femmes. (82)

FIGURE 19 : Prévalence du diabète traité pharmacologiquement, standardisée sur l'âge en fonction de l'indice territorial de désavantage sociale chez les hommes et les femmes en 2012, France métropolitaine. (82)



Les complications liées au diabète sont également plus fréquentes chez les patients précaires, notamment les complications infectieuses. Les patients diabétiques en situation précaire ont un risque podologique élevé, avec un risque d'amputation supérieur à celui de la population générale. (84)

8.2. Un problème reconnu par les autorités sanitaires.

Les autorités sanitaires ayant bien compris la priorité de santé publique que représente le diabète chez les patients précaires, des recommandations ont été élaborées en 2007 dont voici les principaux points : (84)

- Du fait des difficultés d'alimentation, les sulfamides hypoglycémisants sont à éviter. La METFORMINE est à privilégier en première intention. Apprendre aux personnes à reconnaître les symptômes d'hypoglycémie, et les aider à disposer toujours de sucre sur elles.
- Ne pas diaboliser l'insuline, les nouveaux matériels facilitent le traitement y compris dans des conditions de vie précaires : il existe des insulines analogues lentes, compatible avec des repas irréguliers, et des analogues rapides ou ultrarapides utilisables au moment des repas sans risque d'hypoglycémie.
- Lors d'une admission aux urgences, faire systématiquement une glycémie capillaire chez les personnes en situation de grande précarité et agir en conséquence.
- Systématiquement examiner les pieds des personnes pour dépister les lésions et les prendre en charge rapidement, ainsi que pour grader le risque podologique et organiser le suivi podologique adapté.

8.3. Une sous-observance thérapeutique liée aux mauvaises conditions de vie.

8.3.1. Des règles hygiéno-diététiques difficiles à suivre.

- L'alimentation.

Se nourrir quand on est pauvre n'est pas chose aisée. ATD a travaillé ce sujet sous l'angle de l'accessibilité, des stratégies mises en place par les plus pauvres. Mais les participants à ce travail ont amené les chercheurs à se pencher aussi sur la relation entre l'accès à une nourriture durable et la structuration du lien social de l'individu. Un article à ce sujet en mars 2014, (85) montrent que les difficultés d'accès à l'alimentation du fait de la pauvreté mettent à mal les notions de plaisir et de convivialité tant valorisées autour de la nourriture, et affectent la dignité et l'estime de soi. L'alimentation est une source quotidienne de stress et de peur pour les personnes les plus démunies qui ont des difficultés à trouver un budget suffisant pour l'alimentation. Ce stress quotidien enferme les personnes en situation de précarité dans la survie, il leur est alors impossible de se projeter et de prendre place dans la société, de remplir leur rôle de citoyen.

L'alimentation qui leur est accessible est déséquilibrée, souvent riche en sucres et graisses, parfois restreinte, pouvant aller jusqu'à des sauts de repas comme l'ont expliqués certains patients dans notre étude. Associée à d'autres facteurs, elle peut être la cause de certaines maladies comme le diabète mais une mauvaise alimentation peut également avoir des conséquences fâcheuses sur les conséquences du diabète.

Une patiente nous racontait en entretien que le prix des aliments « diététiques » ne lui était pas accessible. Malgré un diabète insulino-dépendant, elle se nourrissait quasi exclusivement de sucres, et consommait rarement des fruits ou des légumes ou alors des carottes car pas chères et sucrées. Par ailleurs, les légumes les moins chers sont souvent ceux qui contiennent le plus de sucre. Manger 3 repas par jour, plus ou moins une collation, avoir une alimentation riche en fruits et légumes, en oméga 3 n'est pas facile pour les plus démunis et ils le disent.

Pour les patients démunis, les conditions de prises de certains de ces médicaments peuvent par ailleurs s'avérer plus compliquées, car elles nécessitent une prise alimentaire régulière, et ces patients ont souvent un accès limité à la nourriture. Les traitements antidiabétiques sont très souvent arrêtés ou pas pris de façon optimale devant les effets secondaires gênants qu'ils peuvent occasionner comme le montrent nos deux études. En effet, pour éviter les effets

secondaires fréquents de la METFORMINE, traitement de première intention selon l'HAS, tels que les troubles digestifs, les comprimés doivent être avalés au cours des repas. L'insulinothérapie nécessite une éducation thérapeutique, et impose de pouvoir se nourrir en cas d'hypoglycémie. On sait que les régimes alimentaires accessibles souvent constitué par des aliments pas chers, gras, trop riches en graisses saturées, avec des apports souvent intermittents : de longues périodes de carences succédant à des périodes d'excès. Des aliments sucrés sont souvent consommés car ils sont moins chers comme nous l'avons vu dans les entretiens semi-dirigés.

L'accès à une alimentation « durable » sera donc une question essentielle pour décider du traitement ainsi que la qualité de cette alimentation. Il est donc primordial de faire un interrogatoire alimentaire avant de prescrire un traitement anti-diabétique, notamment ceux pouvant engendrer des hypoglycémies parfois fatales. L'adaptation d'un traitement, quel qu'il soit pour un patient précaire, devra toujours être faite en fonction de son alimentation. Ce qui pose une question difficile, celle de la pudeur de la personne en difficulté qui bien souvent par fierté va taire ses problèmes d'accessibilité à la nourriture et va soit contourner la question soit renoncer à se soigner.

- Les activités sportives.

Cela concerne également l'activité physique régulière qui est recommandée. En réalité, peu de personnes en situation de précarité ont la possibilité de faire du sport. S'inscrire dans un club pour entretenir la motivation n'est pas possible financièrement, mais il y a également d'autres raisons.

Un patient vu en entretien individuel nous expliquait qu'il avait peur qu'on se moque de lui. Le manque de confiance lié à sa situation et son passé douloureux l'empêche de faire des activités de groupe. L'isolement et la solitude sont deux éléments fréquemment retrouvés dans nos études. La précarité les amène souvent à se couper des autres, à craindre ce qui les met en situation de collectivité.

Par ailleurs, pour les patients en grande précarité, l'accès à des activités de grand air renvoient à des évènements de vie négatifs, comme la rue. C'est impossible et c'est douloureux pour les personnes qui s'expriment, comme le montre un article d'ATD Quart-Monde paru en 2014. (86) Elles constatent que pour elles, le plein air « *c'est plutôt l'obligation de vivre dehors quand tu n'as pas de logement ou que chez toi, c'est trop petit* ».

- Facteur de risque de surpoids et d'obésité.

Parmi les 7 patients vus aux entretiens, 1 est obèse et 3 sont en surpoids. La prévalence de l'obésité et le surpoids suit une augmentation constante depuis les années 80 et touche tous les milieux sociaux, mais est plus importante dans les classes sociales défavorisées depuis les années 90, conséquence de l'alimentation déséquilibrée et d'une activité physique moindre. A ce jour, une personne sur 8 en France est obèse et 40% de la population est en surpoids (y compris obèse). (87)

Selon une étude de l'INSEE publiée en 2007, la prévalence de l'obésité chez les agriculteurs a augmentée de plus de 7 point entre 1992 et 2003, alors qu'elle n'a crû que de 2 points chez les cadres. Après les agriculteurs viennent les ouvriers puis les artisans, commerçants, chefs d'entreprises et les employés. (88)

8.3.2. Un problème qui remonte à l'enfance.

Dans un article d'ATD Quart- Monde intitulé Inégalités sociales et petite enfance, on peut observer que ces problèmes alimentaires et de sédentarité remontent à la plus jeune enfance.

- Les activités sportives.

Dès leur plus jeune âge, les enfants sont le plus souvent confinés par les parents à l'intérieur, afin de les protéger du monde extérieur, « *c'est le souci de garder les enfants dedans* » « *afin de les protéger* », « *Tu laisses ton gosse dehors pour qu'il joue et tu le retrouves embarqué, dealer ou pire ... et on te fait des reproches* ». Les parents se battent pour que les enfants ne finissent pas dans la rue ou dealer, et préfère les écarter des mauvaises fréquentations de la rue. Pourtant, elles placent d'emblée ces activités comme des facteurs favorisant la bonne santé des enfants. (86) Il en découle que les enfants issus de familles modestes passent plus de temps devant un écran de télévision ou d'ordinateur. (89)

- L'alimentation.

Il en va de même pour l'alimentation, et ce, dès la naissance. Les femmes interrogées expliquent qu'en se nourrissant « mal », ce ne sont plus des montées de lait qu'elles ont, mais quasiment de l'eau, ou alors, elles n'ont pas de montées de lait et sont obligées d'acheter du lait en poudre hors de prix, qu'elles diluent au maximum. Dans l'enfance et l'adolescence, l'alimentation est souvent déséquilibrée, riche en sucres et en graisses insaturées, car moins chère. Nourrir les enfants avec ce qui reste pour vivre quand on a payé ce qui est obligatoire est impossible, alors le budget de l'alimentation est la variable qu'ils peuvent comprimer jusqu'à ne rien manger certains soirs. « *Je vivais dans un foyer avec ma fille, j'avais 5 euros par*

jour. Avec 5 euros, tu te jettes sur les boîtes de conserves et les pâtes, parce que ton gamin, il lui faut de quoi manger dans l'estomac. Tu ne cherches pas forcément l'équilibre, tu fais en fonction des moyens ». (86) Les enfants de familles modestes sautent également plus fréquemment le petit-déjeuner. (89)

Or cette « surprotection » associée à un mauvais régime alimentaire est un facteur de risque de développer un diabète ultérieurement.

- Facteur de risque de surpoids et d'obésité infantile.

Une étude de la DREES publiée en juin 2015 et réalisée en grande section de maternelle en 2012 et 2013, confirme les mauvais chiffres de l'obésité chez les enfants de 6 ans issus de milieu précaires en France : 6% d'obésité chez les enfants d'ouvriers versus 1% chez les enfants de cadres. Alors qu'il s'agit d'enfants encore très jeunes, les inégalités sociales de santé semblent déjà bien installées. La prévalence du surpoids est quant à elle de 16% chez les enfants d'ouvriers, contre 7% chez les enfants de cadres. Pire, la surcharge pondérale des enfants de cadres est orientée à la baisse (8,7% en 2006, 7,2% en 2013), alors que celle des enfants d'ouvriers stagne (15,6% en 2013 comme en 2006). (89)

8.3.3. Le sport sur ordonnance ?

Strasbourg a lancé fin 2012 le sport sur ordonnance pour les patients atteints de maladies chroniques stabilisées baptisé « sport-santé sur ordonnance ». Initialement une cinquantaine de médecins généralistes avaient participé au projet, actuellement on en dénombre près de 150 avec près de 800 ordonnances délivrées un an après son lancement, et des résultats très prometteurs. 65 patients ont été suivis par J. Lecocq, professeur au CHU de Strasbourg. Une perte de poids de 2 kg en moyenne a été notée chez les 65 patients suivis et la proportion d'obèses est passée de 73,5 % à 62,5 %. Parmi les 28 patients diabétiques non insulino-dépendant, 3 ont baissé leur traitement antidiabétique oral à 6 mois. Parmi les 8 patients diabétiques non insulino-dépendant dont l'HbA1c était connue avant l'étude, sept ont diminué leur HbA1c après 6 mois d'activité physique. (90)

Cette démarche a été appréciée par les patients Strasbourgeois. La plupart des patients qui se sont vus prescrire du sport sur ordonnance n'en pratiquaient que rarement voire jamais parce qu'ils disposaient de de faibles ressources sociales, culturelles ou financière. Il a aussi été noté que près de 70% des patients ne savaient pas faire de vélo à leur arrivée dans le programme, ce qui démontre aussi qu'il s'agissait d'une population qui depuis l'enfance n'avait pas eu un

accès libre à des pratiques de grand air qui nous semblent pourtant basiques. Après la mise en situation et l'aide reçue pour commencer cette activité on note qu'ils ont apprécié non seulement la gratuité du système mais aussi le soutien de l'accompagnement et enfin la possibilité de pratiquer une activité physique de groupe. On remarque alors que le groupe n'est plus vécu comme stressant mais bien ici comme un élément positif, la personne a pu prendre place dans un lien social au travers de l'activité sportive.

Or les deux patients diabétiques avec lesquels le sujet a été abordé, ne souhaiteraient pas y participer. Tous deux évoquent la peur de se retrouver en groupe, et un patient met en avant la crainte d'être jugé. La mauvaise image qu'ils ont d'eux même et de leur corps les renvoie à l'isolement, les enfermant dans un cercle vicieux.

8.4. Le problème de l'auto-surveillance glycémique.

Par ailleurs, il a été noté au cours des entretiens la contrainte majeure que représente l'auto-surveillance glycémique pour les deux patientes traitées par insuline. Mme 5, patiente insulino-dépendante depuis une trentaine d'années, réalisait ses 4 injections d'insuline quotidienne, mais n'adaptait jamais ses unités d'insuline à ses glycémies capillaires car elle trouvait trop contraignant la « double piqûre », et s'était lassée avec le temps. Les laboratoires ont bien compris cette difficulté qui aboutissait à un mauvais équilibre glycémique, et plusieurs lecteurs sans contact nouvelle génération ont été mis sur le marché récemment : Un filament sous cutané relié à un capteur à appliquer derrière le bras, et à changer toutes les 2 semaines. La mesure de la glycémie capillaire se fait par simple scan à l'aide du lecteur et permet ainsi de contrôler sa glycémie capillaire sans piqûre à n'importe quel moment de la journée. La patiente connaissait ce nouveau dispositif dont elle aimerait bénéficier, mais le lecteur ainsi que les capteurs (à changer tous les 15 jours) ne sont pas pris en charge par Sécurité Sociale, et le coût est d'environ 120 euros mensuel. (91)

Bien que le diabète fasse partie des maladies prises en charge à 100%, il y a toujours des frais annexes non pris en charge par la Sécurité Sociale. Il en est de même pour les dépassements d'honoraires des spécialistes, comme l'ophtalmologiste notamment. Autrement dit, pour se faire soigner une mutuelle est indispensable, pour les patients au-dessus du seuil de la CMU-C, ne disposant pas ou ne connaissant pas l'ACS. Par ailleurs, ils nous font part de leur crainte d'être « rejeté » par les spécialistes lorsqu'ils avouent bénéficier de la CMU ou de l'AME. C'est une cause de renoncement aux soins que C. Desprès, chercheur à l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie qualifie de renoncement « barrière ». (92)

Ceci est donc paradoxal, car la population la plus atteinte par le diabète est une population précaire, et elle n'a pas accès aux nouvelles technologies « onéreuses » favorisant l'observance

et se retrouve même souvent exclue du parcours « spécialiste ». Sortir de la précarité représente pour les patients atteints de diabète un grand pas vers le contrôle de la maladie.

8.5. L'éducation thérapeutique spécifique des patients diabétiques précaires.

Promo soins est une association médico-sociale créée à Toulon, pour « permettre dans le Var l'accès aux soins des plus démunis et permettre leur insertion par la santé ». (93)

Cette association propose aux patients exclus du système de santé une prise en charge médicale et sociale.

Elle a également une vocation de prévention. Des groupes d'éducation thérapeutique pour les patients les plus démunis ont été créés, notamment pour le diabète avec pour objectifs de rendre les patients précaires plus autonomes et plus responsables et ainsi d'améliorer leur qualité de vie. La prise en charge repose essentiellement sur l'observance thérapeutique, l'auto surveillance glycémique, les règles hygiéno-diététiques ainsi que le suivi social, le tout réparti sur 8 ateliers et des entretiens individuels. (83)

Il serait intéressant d'étendre ces groupes d'éducation thérapeutique pour patients précaires à toute la France.

D. Les moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'accès aux médicaments et l'observance des patients en situation précaire. Propositions.

1. Prendre en compte la précarité pour une prescription personnalisée.

La précarité est un facteur de risque connu de non adhérence. (2) (26) Il est donc essentiel pour le médecin de construire avec le patient une relation vraie qui permet de prendre en compte les éléments de fragilité sociale de ses patients. Ça n'est pas toujours chose aisée de construire une relation soignant soigné qui permet de savoir quels sont ces réalités. Pour certains professionnels c'est le type de couverture sociale et complémentaire qui est un indicateur, cependant ceci est bien réducteur car tous les patients en situation de précarité ne bénéficient pas forcément de la CMU, de la CMU-C ou encore de l'ACS, 30% des personnes qui devraient être couverts par la CMUC ne la demandent pas et 70 % des personnes qui ont droit à l'Aide à la Complémentaire Santé n'accèdent pas. De plus ces dispositifs sont souvent méconnus par le corps médical.

- Inciter les médecins à prescrire des médicaments remboursés.

Certains médecins y sont attentifs, d'autres moins. Certains logiciels de prescription incluent le prix des médicaments ainsi que leur caractère remboursé ou non. Aujourd'hui, tous les logiciels médicaux devraient en bénéficier. Un médicament prescrit mais non remboursé par la Sécurité Sociale ou la complémentaire santé chez un patient en situation précaire ne sera généralement pas pris.

- Inciter les médecins à prescrire un nombre de boîtes à la durée estimée du traitement.

Il existe depuis le 1^{er} janvier 2008 une franchise de 50 centimes d'euros par boîte de médicament. Elle est plafonnée à 50 euros par an et par personne, et est déduite des remboursements effectués par la caisse d'Assurance Maladie. Elle ne concerne pas les patients bénéficiant de la CMU et l'AME. Les patients de l'étude ont souligné l'injustice ressentie quand ils devaient payer la franchise sur plusieurs boîtes de médicaments alors que le médicament n'était pas adapté. Depuis le 1^{er} juillet 2015, devant les demandes réitérées des militants Quart Monde, le ministre actuelle de la santé, Madame Touraine, a d'établi la dispense de franchise pour les personnes bénéficiant de l'ACS.

Inciter les médecins à prescrire dans les maladies chroniques équilibrées des boîtes de 90 comprimés au lieu de 30 ou 28 lorsqu'elles existent, ferait des économies au patient qui ne paiera qu'une seule fois la franchise de 50 centimes s'il n'en est pas exonéré, et à la Sécurité sociale car elles sont légèrement moins onéreuses. Et par la même occasion, inciter les laboratoires à produire plus de boîtes « grand format » de 90 comprimés pour les maladies chroniques.

2. La simplification du traitement.

Alors que des millions d'euros sont investis chaque année en France dans la recherche de nouveaux médicaments, ne vaut-t-il pas faire en sorte que les patients prennent déjà ceux prescrits ?

- Réduire le nombre de comprimés et de prises médicamenteuses.

Un patient des focus groups avait souligné qu'un nombre de comprimé important à prendre constituait un frein à son adhésion au traitement.

Il semblerait que pour maintenir un taux d'observance suffisant, c'est-à-dire plus de 80%, le nombre de comprimés ne devrait pas excéder 4.

Dans certaines pathologies chroniques lourdes, comme le VIH, nécessitant des prises médicamenteuses pluriquotidiennes, de nouveaux médicaments combinés ont été mis sur le marché. En effet, ces dernières années, les firmes pharmaceutiques ont essayé, en plus d'améliorer la tolérance des antirétroviraux, de diminuer le nombre de prise et de comprimés jusqu'à proposer aujourd'hui des combinaisons en un comprimé unique.

Une étude réalisée en France en 2013 a démontré que l'observance d'un traitement antirétroviral était plus importante chez les patients qui ne prenaient qu'une prise par jour versus deux prises et ce résultat persistait 96 semaines après le début de l'étude. Le suivi de l'adhérence n'était malheureusement pas plus long. (94)

Dans l'hypertension artérielle, le diabète et l'asthme notamment, on a également vu apparaître ces dernières décennies des médicaments « combinés » comprenant plusieurs principes actifs, appelés associations fixes.

Dans le diabète non insulino-dépendant par exemple, l'association fixe biguanide-sulfonyluréa a confirmé sa supériorité en termes d'observance sur les poly thérapies antidiabétiques orales. Il

en est de même pour le nombre de prise : 79 % d'observance pour 1 prise médicamenteuse à 66 % pour 2 prises et 38 % pour 3 prises par jour. (94)

Il serait peut-être intéressant pour les patients nécessitant une trithérapie (qu'elle soit anti hypertensive, anti diabétique ou autre), de créer une association fixe de trois principes actifs, afin d'améliorer l'adhérence, ou encore d'avoir plus de médicaments à libération prolongée pour diminuer le nombre de prises, et ainsi favoriser l'observance.

- Améliorer la tolérance médicamenteuse.

La tolérance est l'aptitude de l'organisme à supporter une substance sans manifestation nocive, c'est-à-dire sans effets indésirables.

Un bon nombre de patients que nous avons rencontré ont dit avoir arrêté leur traitement car ils le toléraient mal.

C'est là le rôle des industries pharmaceutiques. Elles travaillent déjà sur la tolérance médicamenteuse, frein majeur à l'adhérence du patient. Un traitement avec des effets secondaires gênants ou handicapants ne sera pas pris. (13) Elles ont pour but de limiter les effets secondaires les plus gênants, tout en sachant que l'absence d'effets indésirables ne sera jamais possible.

- Améliorer le conditionnement des médicaments :

Un « mauvais » conditionnement des médicaments est également un facteur de sous-observance. En effet, comme nous l'avons énoncé dans la partie Résultats, certains patients ne font pas renouveler leur ordonnance à temps car certaines boîtes de médicaments contiennent 30 comprimés alors que d'autres n'en contiennent que 28. Il est alors fréquent de constater en consultation que les patients ne prennent pas tel ou tel médicament depuis 2 ou 3 jours car ils n'en ont plus, alors qu'ils leur reste des comprimés d'autres médicaments.

En France, les médicaments sont mis en boîtes, alors qu'il est intéressant de noter que dans d'autres pays, y compris de l'Union Européenne, les médicaments sont délivrés à l'unité. (27)

Ceci permettrait d'éviter le gaspillage lié aux emballages (souvent luxueux pour certains produits), mais également de délivrer uniquement la quantité de comprimés désirée par le médecin, ce qui serait très intéressant en ce qui concerne les antibiotiques et les anxiolytiques

notamment. En effet ça permettrait de réduire l'automédication, et donc le taux de résistance de certains antibiotiques par exemple, souvent pris en automédication par les patients.

En avril 2014, une étude a été initiée sur proposition du gouvernement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale 2014 en France, permettant à certaines pharmacies de Lorraine, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'azur et Ile de France, de délivrer certains antibiotiques à l'unité pour une durée de 3 ans. Les modalités des conditions de mise en place de cette expérimentation ont été publiées au Journal Officiel. Au total, 14 antibiotiques sont concernés. (95) Peut-être un premier pas vers une généralisation des médicaments vendus à l'unité.

Le packaging est notamment pour les médicaments génériques d'un même laboratoire, source de confusion pour les patients. Les patients reconnaissant plus leur traitement à la couleur des comprimés et à la forme de la boîte qu'aux noms DCI qu'ils considèrent comme « barbares » . Il serait donc intéressant pour les laboratoires de différencier clairement les différentes boîtes de médicaments, pour limiter le risque d'erreur et favoriser une meilleure acceptation des médicaments génériques.

- Concernant les médicaments génériques :

Le Code de la Santé Publique définit le médicament générique comme « ... celui qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées... ». Le médicament générique est donc la copie d'un médicament original qui, lui, ne bénéficie plus du droit d'exclusivité car le brevet est tombé dans le domaine public. Les spécialités génériques sont soumises aux mêmes degrés d'exigences et de qualité que ceux des spécialités de référence. (27)

Cependant, si le médicament contient le produit actif de référence princeps, il n'est pas identique dans sa forme, sa taille, sa couleur, et dans ses excipients. C'est bien là ce qui fait défaut, car il y a un risque d'erreur important, et les patients des études le mettent en avant. En effet, des comprimés peuvent remplacer des gélules, un comprimé sécable sans sa forme princeps peut ne plus être sécable, la forme d'un comprimé peut différer de même que sa couleur.

Pourtant, la loi N° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé précise dans l'article L.5121-10-3 que « Le titulaire d'un droit de propriété intellectuelle protégeant l'apparence et la texture des formes pharmaceutiques orales d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 ne peut interdire que les formes pharmaceutiques orales d'une spécialité générique susceptible d'être substituées à cette

spécialité en application de l'article L.5125-23 présentent une apparence et une texture identiques ou similaires». (27)

Certains patients de l'étude suggèrent donc qu'il faudrait que les médicaments génériques se rapprochent le plus possible de la forme et de la couleur pharmaceutique du médicament princeps pour éviter les erreurs, parfois fatales. C'est également ce qui pourrait expliquer les mauvais chiffres d'acceptation des médicaments génériques en France.

Par ailleurs, un autre problème soulevé par les focus groups et retrouvé dans les entretiens, était que le packaging des boîtes de médicaments pour un même médicament pouvait varier d'un mois à l'autre. En effet, les pharmacies passent souvent des commandes de gros au laboratoire le plus offrant. Ce qui a pour conséquence des boîtes de couleurs différentes, un comprimé pouvant varier par sa forme pharmaceutique, sa couleur, d'un mois à l'autre avec un risque d'erreur non négligeable et un risque de moins bonne observance.

3. Renouer le dialogue.

Les patients en situations précaires sont souvent exclus des programmes d'éducation thérapeutique et ont un accès plus restreint aux informations concernant leurs pathologies ou leurs traitements : consultations moins fréquentes chez leur médecin traitant, barrière de la langue, illettrisme ...

En effet, les principaux moyens d'information sont :

- Les médias : journaux (cela signifie savoir lire), émissions télévisées, publicités pour certains médicaments (auxquels les plus démunis n'ont pas accès). Les patients précaires sont souvent peu réceptifs aux campagnes de communication destinées au « grand public ».

- Les professionnels de santé : avec le médecin, qui sera moins souvent consulté par les patients les plus précaires, et le pharmacien en première ligne. Consultations moins fréquente chez le spécialiste.

Mettre en œuvre des politiques adaptées aux populations à risque de non-observance, en particulier les populations les plus défavorisées, doit devenir une priorité nationale de santé.

Le principe d'un accès équitable de tous, incluant l'information, est indissociable de l'éthique des Droits de l'Homme, dans le sens où il s'agit d'une condition indispensable au respect des Droits fondamentaux de l'Homme, et, au premier rang desquels, le droit à sa dignité.

- Renouer le dialogue en allant à la rencontre des patients les plus vulnérables :

Les personnes les plus vulnérables vis-à-vis de problèmes de santé (en particulier, mais pas seulement, les maladies transmissibles) sont souvent celles les plus réticentes à consulter dans les dispositifs existants : par exemple les toxicomanes, les étrangers en situation irrégulière, les personnes sans domicile fixe. Pour toutes ces personnes, seuls des dispositifs « avancés » venant à leur rencontre, sur leurs lieux de vie, sont susceptibles de les atteindre.

Ces programmes, dont des programmes de prévention souvent initiés par des organisations non gouvernementales, doivent faire partie intégrante de l'offre de soins proposée à la population et être coordonnés aux dispositifs publics existant. (96)

- Favoriser l'émergence de groupes d'éducation thérapeutique et de promotion de la santé.

Comme à Toulon, où l'association Promo Soins a créé des groupes d'éducation thérapeutique spécifiques pour les patients précaires, notamment concernant le diabète.

Au sein de l'association, la prise en charge médicale est assurée par des professionnels de santé bénévoles (dermatologues, diététiciens, gynécologues, pédiatres et rhumatologues), et l'action sociale est assurée par 2 assistantes sociales. Un réseau extérieur a également été créé avec des médecins généralistes libéraux et des radiologues notamment.

Deux actions de prévention sont menées au sein de Promo Soins : (93)

- Les modules d'éducation à la santé avec « Les petits déjeuners santé ».

Ces modules sont conçus pour des groupes de 12 à 15 personnes en situation de précarité et ont lieu une fois par mois. Ils permettent de débattre de la façon la plus interactive possible, dans un climat de confiance, de thèmes en relation avec la santé (l'hygiène du corps, l'insomnie, le froid, les maladies cardio-vasculaires...), et sont encadrés par un médecin, une psychologue, une infirmière et une animatrice.

Les objectifs de ces ateliers sont multiples :

- effectuer un parcours éducatif de prévention de la manière la plus interactive possible,
- développer une image positive de soi et de donner envie de prendre soin de soi,
- induire des changements de comportement grâce à des séances d'information et de formation,
- rapprocher le public en situation de précarité du système de santé et de prévention et du droit commun.

- La prévention des addictions avec « *Les goûters à la prévention* ».

En partenariat avec l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie, une réunion mensuelle est organisée le 3ème jeudi du mois de 14h00 à 16h00. Ce groupe de parole sur le thème des addictions (alcoolisme, tabac, drogues, jeux...) est animé par 3 infirmiers.

Le fait de créer des groupes d'éducation thérapeutique spécifiques aux patients précaires, leur permet de s'exprimer plus librement, et probablement de se sentir plus à l'aise. Il serait donc intéressant de les étendre à chaque région de France.

- Favoriser la relation médecin-pharmacien.

Même si l'éducation thérapeutique incombe aux médecins, l'information sur les traitements prescrits peut être reprise par le pharmacien, pour une meilleure assimilation des informations.

Le rôle du pharmacien d'officine dans l'éducation du bon usage du médicament est indispensable tant dans la vérification d'incompatibilités que la réexplication des modalités d'administration des médicaments : posologies à respecter, mode et durée du traitement, mise en garde contre certaines précautions d'emploi, énumérer les effets secondaires les plus fréquents. (97) En effet, la « masse » d'informations énumérées successivement par le médecin rend parfois difficile leur assimilation et leur compréhension. Dans nos deux études, les patients disent accorder leur confiance à leur pharmacien.

Par ailleurs, il arrive que des patients en situations précaires se tournent d'emblée vers leurs pharmaciens de quartier comme l'a démontré ATD Quart-Monde en 2006, et comme on l'observe dans les focus groups de notre étude. Le rôle des pharmaciens devient de plus en plus important dans l'éducation pour la santé et dans l'accès à la santé. La pharmacie devient un interlocuteur privilégié dans les zones défavorisées : le lieu est ouvert, le conseil gratuit. Le pharmacien est donc un pivot de la santé auprès des personnes en situation difficile. Il est reconnu par les patients précaires comme un professionnel de santé compétent, qui inspire confiance et qui est l'intermédiaire entre le malade et le médecin. Il est le garant de la bonne observance du traitement prescrit par le médecin.

« Le pharmacien est le professionnel de santé à part entière qu'on peut rencontrer quand on en a besoin. Il délivre les médicaments, il contrôle les ordonnances, explique le traitement prescrit, conseille par rapport aux problèmes de santé, rassure et informe les patients, les oriente vers d'autres professionnels de santé et prend en compte les problèmes financiers. Il a un rôle de proximité, est à l'écoute et permet de créer une relation privilégiée avec les personnes qui le souhaitent, il s'attribue une fonction sociale et d'éducation à la santé.(...) Le pharmacien est le professionnel de santé par excellence à qui on s'adresse pour des conseils, lorsqu'on a des problèmes de santé et qu'on ne peut ou ne veut pas de suite aller chez

un médecin. Il dépanne, inspire confiance et se trouve « en première ligne ». Il permet d'éviter de racheter des médicaments ou complète ceux-ci par des conseils complémentaires. (...) Au-delà des explications et des conseils concernant les traitements, les personnes demandent des informations autour de leurs problèmes de santé. Dans certains cas les pharmaciens vont au-devant des personnes en prodiguant des informations orales ou écrites, en les informant sur d'autres structures ou en faisant des interventions dans les quartiers. Ils ressentent aussi le besoin d'être eux-mêmes mieux informés. Dans l'enquête, les trois quarts ne connaissent pas les coordonnées de la PASS. En revanche les deux tiers connaissent les coordonnées de l'assistant social (...) Beaucoup de pharmaciens souhaitent des contacts suivis avec d'autres professionnels. Ils aimeraient surtout des retours sur leurs actions, des informations complémentaires et des collaborations durables ». (98)

Il est donc important de travailler conjointement avec les pharmaciens d'officine, pour mener une action d'information complémentaire et assurer la bonne observance des patients.

- Renforcer la coordination avec les centres sociaux.

Le médecin généraliste doit en effet avoir connaissance d'un réseau d'intervenants du secteur sanitaire et social suffisant pour assurer la bonne prise en charge des patients précaires. Ces patients, souvent exclus, ont fréquemment besoin de conseils spécifiques quant à leur situation, d'aide en matière de demande sociale et d'une aide à la réinsertion socio-professionnelle.

- Favoriser la pair médiation.

La médiation en santé est une interface de proximité pour faciliter l'accès aux droits, aux soins et à la prévention. Elle est assurée auprès d'un public par une personne de confiance issue de ce public ou proche de lui. Des médiateurs et des aidants parmi leurs pairs. Elle a pour vocation de créer un lien entre le système de santé et une population qui éprouve des difficultés à y accéder. Le médiateur joue un rôle d'interface temporaire pour construire à terme un accès facilité au système de droit commun. (99) Ce nouveau mode d'aide des patients précaires ne demande qu'à être soutenu et généralisé.

4. Comblent le fossé culturel et favorisent une relation de partage.

Un article publié par H. Boissonnat et C. Sibué DeCaigny en 2006 dans *Laennec* propose des pistes d'amélioration pour une relation médecin-patient précaire de qualité favorisant ainsi une meilleure adhésion aux traitements. (76)

Il faut que le monde médical change de regard sur les patients précaires. Ne pas juger et adapter son langage étant deux points clés. Il faut souvent un accompagnement. Il faut développer des pratiques apprenantes pour permettre aux deux mondes soignants et soignés de se découvrir et d'interagir.

- Comblent le fossé culturel.

Les aspects culturels intervenant dans la relation « soignant-soigné » sont extrêmement importants. Il y a convergence parfois, mais plus souvent opposition, entre le monde des « patients » et celui des « professionnels », chacun avec ses représentations et ses croyances. En modifiant le jugement et le regard, en développant des conditions d'accueil favorables, et en travaillant les projets de prévention avec les populations concernées, on pourrait combler le fossé qui existe entre les professionnels et les plus démunis. Cette distance entre les soignants et les soignés a été largement étudiée. Les passerelles tendues vers les plus exclus pourraient servir de voie d'accès à tous. L'expérience montre que des réformes qui prennent en compte d'abord les plus fragiles au sein d'une société sont des réformes qui bénéficient à toute la population.

- Favoriser une relation juste, de partage.

De la part des personnes soignées, cette relation demande de surmonter le sentiment de honte, de culpabilité ou d'agressivité, de retrouver la confiance et de considérer le soignant comme un individu partenaire. Plus qu'une relation égalitaire, qui ne serait pas juste, c'est une relation de participation qui doit s'instaurer, où chacun des protagonistes respecte la place de l'autre. Il faut d'abord répondre à la demande, mais quelque chose ensuite doit « accrocher » très vite entre le soignant et le soigné pour que, petit à petit, la relation se fasse, et cela peut mettre des années. Un patient du groupe santé le disait : « L'agressivité tombe parce qu'on sait à quoi on s'attend et qu'on a été accueilli par quelqu'un ».

5. La distribution de piluliers pour tous les patients polymédiqués.

Un patient vu en entretien, polypathologique, qui ne possède qu'un pilulier journalier a suggéré qu'il serait ravi de pouvoir bénéficier d'un semainier.

Une étude menée en 2003 suggère que les programmes d'observance incluant les aides comme les calendriers, les piluliers, les rappels, la simplification et l'éducation feraient preuve d'une amélioration médiane de l'observance de 25%. (100)

On estime qu'en France environ 13 millions de patients seraient polymédiqués. (32)

Il pourrait être envisagé, de la part des laboratoires pharmaceutiques par exemple, de donner des piluliers à tous les patients polypathologiques, prenant plusieurs comprimés par jour. Le cout de production est très faible, pourtant en pharmacie les piluliers vont en moyenne de 15 à 30 Euros pour un semainier.

6. Action lors de la formation médicale.

- Des étudiants en médecine.

Une étude réalisée à Marseille en 2012 dans le cadre d'une thèse de Médecine générale montre une représentation négative des patients précaires par les internes de médecine générale, et une méconnaissance des inégalités sociales de santé. Les 250 internes interrogés connaissaient mal les dispositifs d'accès aux soins : un interne sur cinq connaissait les droits ouverts par la couverture maladie universelle, et 86 % des internes ne savaient pas où se trouvait la Permanence d'accès aux soins de Marseille. Deux tiers des internes avaient des préjugés négatifs à l'encontre des patients bénéficiaires de la CMU-C : comportement irrespectueux, exigence particulière, consommation excessive de médicaments, fraudes plus importantes. Moins les internes interrogés avaient de connaissances sur les inégalités sociales de santé et l'accès aux soins, et plus ils apparaissaient avoir des préjugés négatifs sur les personnes en situation de précarité. Les auteurs concluent au besoin de former les soignants dans ces domaines. (101)

- Des médecins.

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, une thèse réalisée en Meurthe-et-Moselle en 2011 a montré que plus de la moitié des médecins interrogés ont rapporté des représentations négatives ou des difficultés dans la prise en charge des patients en situation de précarité. Ceci passe aussi par une mauvaise connaissance de la précarité. Une sensibilisation des médecins

généralistes à la précarité permettrait ainsi d'améliorer la relation médecin-malade en réduisant les sentiments négatifs des médecins liés à leurs représentations, et d'autre part, d'optimiser leurs prises en charge thérapeutiques en prenant mieux en compte l'environnement particulier des patients, et donc améliorer l'observance en ce sens.

Dans cette étude, les médecins expriment aussi tous la nécessité d'améliorer la formation initiale et continue sur les démarches administratives pouvant faciliter l'accès aux soins des patients, ainsi que sur les structures relais existantes et leurs missions. (72)

En effet, le médecin généraliste, interlocuteur de première ligne, se retrouve fréquemment face à des patients en situation précaire, sans ressources, et se retrouve alors lui-même démuni face ces patients ce qui peut expliquer cette surprescription médicamenteuse dénoncée par les patients dans notre étude.

Ces formations doivent permettre aux médecins de mieux appréhender la relation avec leurs patients en situation précaire, et de leur donner des outils de communication et de prise en charge spécifique.

La demande de formation concernant la prise en charge du patient précaire existe tant de la part des internes en médecine générale que des médecins généralistes.

- Les formations existantes.

Il existe déjà dans certaines facultés de Médecine un ou plusieurs séminaires de médecine générale dédiés à la prise en charge des patients précaires. C'est le cas à Nancy, qui consacre depuis 2008 un séminaire dédié à la prise en charge du patient migrant et précaire, mais ce n'est pas le cas de toutes les facultés. Il serait intéressant de le généraliser à toutes les facultés de médecine de France, de l'intégrer à la Formation Médicale Continue, de l'envisager également auprès des médecins spécialistes dont l'accès semble particulièrement difficile pour les patients précaires, et en plaçant la relation médecin-patient, clé de l'adhésion du patient, au centre de ces séminaires.

7. Favoriser la « co-formation ».

- Une initiative des militants ATD Quart Monde.

Refusant que des millions de personnes ne soient pas représentées dans les instances de débats et de décisions, ce qui déséquilibre notre démocratie, le Mouvement ATD Quart Monde a expérimenté les conditions du croisement des savoirs et des pratiques par la réalisation de deux programmes pilotes franco-belges.

Des membres très motivés du Mouvement ATD Quart Monde, en collaboration avec deux universités, le soutien de plusieurs ministères et du Fond Social Européen, ont testé le croisement entre le savoir théorique universitaire, le savoir de l'action de professionnels agissant dans le champ des droits fondamentaux, et le savoir d'expérience de vie des personnes en situation de pauvreté. Ils ont mené une recherche action-formation avec des personnes très démunies qui se rassemblent dans les Universités populaires Quart Monde, des chercheurs universitaires et des professionnels de l'intervention sociale.

Pendant cinq ans, de 1996 à 2001, une équipe pédagogique a créé les conditions et inventé pas à pas une pédagogie, une méthode et l'éthique du croisement des savoirs et des pratiques avec trois groupes d'acteurs qui chacun était adossé à ses propres connaissances. Chaque participant est à la fois co-chercheur, co-acteur et co-formateur, et chacun détenteur d'un savoir.

Ils ont pu démontrer qu'il est nécessaire et possible de croiser des savoirs et des pratiques qui généralement s'ignorent ou s'opposent. Ils ont accepté les remises en question, les confrontations pour relever le défi de penser et se former ensemble. Savoirs des sciences, savoirs et pratiques de l'action et de l'expérience de vie, aucun savoir ne se suffit à lui-même. (102)

- Une approche confirmée.

Dans un article paru en 2008 intitulé Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions,(103) les auteurs soulignent l'importance de la participation des personnes précaires ou exclues dans les questions qui les concernent permettant la réalisation d'actions pertinentes.

Le réseau santé précarité du bassin chambérien, en lien avec divers partenaires, a ainsi participé en 2005 et 2006 à 3 actions de formation croisée entre professionnels exerçant dans le champ de la santé, et des personnes ayant l'expérience de très grandes difficultés sociales. Elle se base sur le fait qu'il existe 3 types de savoirs, basée sur la charte du Croisement des Savoirs

et des Pratiques avec les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale (104) : le savoir universitaire, le savoir d'action (issu des pratiques professionnelles) et celui issu de l'expérience vécue. Chacun est détenteur d'un savoir : le savoir d'expérience est complémentaire et situé au même niveau que le savoir universitaire et le savoir d'action. Trois expériences de « co-formation » ont été mises en place : « Expérience de la misère et professionnels de la santé », « Vie dans la rue, grande précarité et professionnels de la diététique » et « Exil, Asile et santé : formation par le croisement des savoirs et des pratiques ».

Deux des trois expériences de co-formation décrites ont été mises en place à partir des outils élaborés par les programmes « Quart Monde Université » et « Quart Monde Partenaire ».

Ces 3 formations ont démontré qu'il est possible de mettre ensemble sur un pied d'égalité des professionnels ayant un statut social, des connaissances reconnues, un présent et souvent un avenir clair, avec des personnes dont le savoir n'est ni organisé, ni reconnu, en très grandes difficultés, en insécurité permanente comme c'est le cas des migrants, mais aussi de toute personne en très grandes difficultés sociales.

La multiplication des co-formations dans des contextes différents a amené le mouvement ATD Quart-Monde à élaborer une charte du croisement des savoirs et des pratiques avec des personnes en situation de pauvreté. (104)

8. Le rappel des traitements par les nouvelles technologies accessibles à tous ?

Face aux problèmes d'adhésion au traitement, des nouvelles technologies de rappel du traitement ont fait leur apparition.

Les acteurs de la santé et notamment les laboratoires pharmaceutiques, se sont engagés dans une nouvelle stratégie visant à proposer des solutions intégrées et globales pour les patients, incluant une gamme de services d'accompagnement, basés sur l'intégration des nouvelles technologies. Le déploiement de ces nouveaux modèles de soins a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients, l'observance des traitements, et de fait, leurs résultats. (105)

Le problème posé par ces nouvelles technologies, est qu'elles ne sont pas accessibles aux patients les plus démunis, ne possédant généralement pas de smartphones, ou ne pouvant pas déboursier plusieurs centaines d'euros dans un pilulier nouvelle génération.

- Les applications mobiles.

Depuis de nombreuses années, des applications pour smartphones payantes sont également disponibles sur le marché, souvent à l'initiative de différentes institutions ou de groupements de pharmaciens. Elles intègrent pour la plupart des modules d'alertes pour ne pas oublier la prise médicamenteuse. Certaines offrent également un suivi statistique de la prise de médicament, ou encore une information plus poussée sur le médicament permettant d'accéder à sa monographie, voire même un pilulier virtuel.

- Les piluliers « intelligents ».

Très intéressant pour les patients polymédiqués, ces nouveaux piluliers intelligents permettent, par un signal sonore, de rappeler au patient de prendre ses médicaments à une l'heure convenue, d'avertir les aidants par SMS en cas de non-prise ou encore de contrôler le remplissage et de prévenir automatiquement le pharmacien ou le médecin traitant afin de prévoir le réapprovisionnement. Le système propose également des rapports d'observance accessibles via un serveur sécurisé pour les patients et les professionnels de santé. Encore peu développé en France, notamment en raison de l'absence de prise en charge par la sécurité sociale, le recours au pilulier intelligent a pourtant été recommandé en 2012 par l'Inspection générale des affaires sociales. (106)

- Un capteur dans les médicaments.

Certains laboratoires pharmaceutiques testent l'insertion, directement dans le médicament, d'un capteur qui enverra un signal à un patch collé sur l'abdomen du malade, lors du passage dans son estomac. Très loin encore d'être abouti, et réservé pour l'instant aux patients ayant subi une greffe hépatique, ce système d'alerte intégrée au comprimé pourrait être un moyen efficace de mesurer le suivi des traitements par les patients. Cela permettrait également au patient d'entretenir sa motivation à poursuivre son traitement.

- Des technologies non accessibles aux patients précaires.

En effet, les patients précaires n'ont, en général, pas de smartphones. Par ailleurs, pour le moment, les piluliers « électroniques » nouvelle génération ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale, et leur coût reste très élevé, donc pas accessible aux patients précaires.

III. Conclusion.

Notre objectif principal était d'étudier les difficultés rencontrées par les patients précaires face à une prescription médicamenteuse en prenant en compte les éléments de constat sur les médicaments ainsi que les freins à l'adhésion au traitement.

Notre étude a montré que les patients précaires se retrouvent souvent démunis face à une prescription médicamenteuse. Ils dénoncent un manque d'informations quant aux traitements prescrits et certains ont le sentiment d'être moins bien soignés que la population générale.

Beaucoup ont une représentation négative des médicaments en général, les apparentant plus à une « drogue quotidienne », génératrice d'angoisses se surajoutant à leurs soucis du quotidien. Ils se tournent ainsi plus facilement vers les remèdes anciens, dans lesquelles ils placent leur confiance. Un patient nous disait qu'un bon médicament pour lui « c'est celui qu'on ne prend pas ».

Ils dénoncent également une suconsommation médicamenteuse et une surprescription de la part des médecins qui tendraient peut-être à masquer les difficultés qu'ils ont à prendre en charge cette population vulnérable.

L'adhésion aux traitements des patients précaires est globalement difficile, souvent accompagnée de désespoir. Elle est dominée par de nombreux freins propres à leur situation, s'inscrivant ainsi dans un cadre plus complexe que celle des patients de la population générale. De nombreux freins ont pu être mis en avant par les deux études : l'aspect financier avec l'avance des frais de la consultation médicale, les franchises sur les boîtes de médicaments, les médicaments non remboursés, les moyens de transports pour l'accès à la pharmacie dans les situations d'urgence, la nécessité d'avoir l'électricité pour utiliser des aérosols ou un appareil de PPCN, le chèque de caution demandé lors de la caution de certains appareils. La rupture de droit, la rupture d'ordonnance avec des délais parfois longs chez le médecin, la complexité des médicaments génériques, la contrainte horaire pour certains médicaments, la peur de s'engager sur le long terme, l'instabilité géographique, et l'enjeu secondaire que peut représenter la santé face aux conditions de vie engendrées par la misère ont également été mis en évidence comme des freins à l'adhésion au traitement.

Par le biais des entretiens semi-dirigés nous avons pu démontrer que ces derniers validaient les résultats des 14 années de focus groups collectés par le département santé d'ATD Quart Monde de Nancy.

Concernant l'observance pour les pathologies aiguës, nous avons constaté qu'elle est également difficile, les patients arrêtant fréquemment les traitements précocement et comptant souvent sur leurs propres ressources pour s'en sortir, dans la vie comme dans la maladie.

L'observance médicamenteuse reste avant tout l'affaire d'une relation entre le médecin et son patient, relation qui peut s'avérer plus compliquée entre un médecin et un patient en situation de précarité du fait des nombreuses images et représentations qu'il peut y avoir des deux côtés. Le patient précaire demande à ne pas être infantilisé, rabaissé, mais être mis sur le même niveau d'égalité qu'un patient lambda. Il demande à être un acteur de sa santé, et souhaite qu'on lui redonne sa dignité dans la société. Renouer le dialogue avec les patients précaires doit donc devenir une priorité afin de ne pas les éloigner du système de santé. La réussite d'un traitement prolongé exige du prescripteur une adaptation psychologique pour parvenir à assurer la fonction pédagogique et d'accompagnement du patient. Il exige aussi un partenariat, un croisement de savoirs et d'expérience. Une militante d'ATD Quart-Monde, Gracieuse Souvay, disait : « il faut expliquer et s'expliquer, comprendre et se comprendre, entendre et s'entendre ».

L'objectif secondaire était d'identifier les stratégies et préconisations des patients précaires pour leur permettre un accès favorable aux médicaments. Le rôle du médecin, du pharmacien de quartier, de l'entourage proche a pu être mis en évidence. Le pilulier, ainsi que l'accompagnement à la prise médicamenteuse par un tiers ont également pu être mis en avant comme favorisant de l'observance chez les patients précaires.

L'accès aux médicaments des patients précaires est parfois complexe mais avec de l'entraide, et des arrangements avec les professionnels de santé, les plus démunis accèdent, certes encore difficilement, aux médicaments. Lutter contre la précarité et la pauvreté signifie aussi s'attaquer au manque de ressources en matière d'accès à l'emploi, au logement. Il s'agit donc de rétablir une cohésion sociale, d'élaborer et mettre en œuvre l'ensemble des stratégies et des actions qui élimineront les causes de la précarité. Joseph Wresinski disait : « Là où des hommes sont condamnés à vivre dans la misère, les droits de l'homme sont violés. S'unir pour les faire respecter est un devoir sacré ». (107) Cette phrase a été gravée sur une dalle au Trocadéro en 1987 à l'endroit où fut signée la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Seule l'union de personnes et l'organisation d'horizons divers avec les personnes qui vivent des situations de pauvreté permettra que la société veille au respect des droits pour tous.

C'est grâce à des militants, des professionnels de santé engagés qui sollicitent les politiques, que l'accès aux soins et par conséquent l'accès aux médicaments a pu évoluer ces dernières décennies. C'est dans cette continuité que nous avons réalisé cette thèse ; essayer de continuer à changer les mentalités et faire avancer les choses pour un accès équitable, juste, de tous les patients aux médicaments.

Bibliographie

1. Hippocrate. Livre IX. De la bienséance.
2. Organisation Mondiale de la Santé. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. 2003; Disponible sur: http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en
3. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. L'observance des prescriptions médicales: quels sont les facteurs en causes ? comment l'améliorer ? Société Fr Doc Rech En Médecine Générale. 2006;2(9):402-6.
4. Kleinclauss C, Penfornis A. Observance en pratique médicale et courante. oct 2013;8(4):1.
5. André Grimaldi - Sécu : plus t'es riche, moins tu paies [Internet]. Siné Mensuel. [cité 15 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.sinemensuel.com/grandes-interviews/andre-grimaldi/>
6. Tarquinio C, Fisher GN, Barrache C. Compliance et relation médecin-patient. 2002;(Traité de psychologie de la santé.):227-44.
7. Fischer G-N, Tarquinio C. Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé. Dunod; 2014. 278 p.
8. Lamouroux A, Magnan A., Vervloet D. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique: de quoi parlons-nous ? Rev Mal Respir. février 2005;22(1):31-4.
9. Reach G. La non-observance thérapeutique : une question complexe. Un problème crucial de la médecine contemporaine. 2006;2(9):411.
10. Abelhauser A. Observance, compliance ou adhésion ? Enjeux sociaux et mécanismes psychiques. Clin Méditerranéennes. 1999;(59-60):39-51.
11. Cramer JA, Roy A, Burrell A, Fairchild CJ, Fuldeore MJ, Ollendorf DA, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res. 2008;11(1):44-7.
12. Halioua B. Observance: Définitions et méthodes de mesure: spécificités de l'observance des traitements topiques. Ann Dermatol Vénérologie. janv 2012;139:S1-6.
13. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. Ann Pharm Fr. janv 2012;70(1):15-25.
14. Reach G. Clinique de l'observance: l'exemple des diabètes. John Libbey Eurotext. 2006.
15. Tarquinio C, Tarquinio M-P. L'observance thérapeutique: déterminants et modèles théoriques. Prat Psychol. mars 2007;13(1):1-19.

16. OMS | L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier [Internet]. WHO. [cité 31 août 2014]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
17. Halioua B. Observance: Définitions et méthodes de mesure: spécificités de l'observance des traitements topiques. *Ann Dermatol Vénérologie*. janv 2012;139:S1-6.
18. Fompeyrine D. L'observance des traitements: un défi aux politiques de santé. *Nouvelles Visions. Pour une société de la connaissance.*; 2004.
19. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. [Assessment of antihypertensive compliance using a self-administered questionnaire: development and use in a hypertension clinic]. *Presse Médicale Paris Fr* 1983. 16 juin 2001;30(21):1044-8.
20. L'assurance Maladie. Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux. [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/prescriptions/medicaments/evaluer-l-observance-d-un-traitement-medicamenteux.php>
21. Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(2):CD000011.
22. Hammond SL, Lambert BL. Communication About Medications: Directions for Research. *Health Commun*. 1 oct 1994;6(4):247-51.
23. Gadkari AS, McHorney CA. Unintentional non-adherence to chronic prescription medications: How unintentional is it really? *BMC Health Serv Res*. 17 avr 2012;12(1):98.
24. Cramer J. Identifying and improving compliance patterns. *Patient compliance in medical practice and clinical trials*. Raven Press. Nex-York; 1991;387.
25. Royer B, Gusto G, Vol S, D'Hour A, Arondel D, Tichet J, et al. Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé. *Prat Organ Soins*. 1 déc 2010;Vol. 41(4):313-21.
26. Baudrant-Boga M, Lehmann A, Allenet B. Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Ann Pharm Fr*. janv 2012;70(1):15-25.
27. Ordre National des Médecins. La prescription et la place du médicament dans la relation Médecin-Patient-Pharmacien. Aspects réglementaires, éthiques et déontologiques. 2012.
28. Bot M. Observance. *Rev Prat Médecine Générale*. 1999;(13):1335-48.
29. Scheen A-J, Giet D. Non observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège*. 2010;(65):241.

30. Simpson SH, Eurich DT, Majumdar SR, Padwal RS, Tsuyuki RT, Varney J, et al. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. *BMJ*. 29 juin 2006;333(7557):15.
31. Desbrus-Qochih A, Cathébras P. Obéir ou adhérer ? L'observance thérapeutique en question. *Médecine Longévité*. déc 2012;4(3-4):111-22.
32. Les nouvelles technologies au chevet de l'observance médicamenteuse [Internet]. *Le monde de la e-santé*. [cité 19 mai 2015]. Disponible sur: <https://lemondedelaesante.wordpress.com/2012/09/06/les-nouvelles-technologies-au-chevet-de-lobservance-medicamenteuse/>
33. Hedon C, Grimaldi A, Le Pen C, Sclison S. L'observance [Internet]. *RFI*. 2014 [cité 15 févr 2015]. Disponible sur: <http://www.rfi.fr/emission/20141202-observance/>
34. Delval D, Bildstein V. Améliorer l'observance: Traiter mieux et moins cher. 2014.
35. OMS. L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. Communiqué de presse. 2003;
36. Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale : rapport présenté au nom du Conseil Economique et Social. *Journal officiel de la République française* [Internet]. <http://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Rapports/1987/Rapport-WRESINSKI.pdf>. 1987 [cité 2 déc 2014]. Disponible sur: about:newtab
37. Centre d'observation de la société. Riches, pauvres et classes moyennes: comment se situer ? 2015.
38. Aerts A-T, Chirazi S, Cros L. Une pauvreté très présente dans les villes-centres des grands pôles urbains. *INSEE*; 2015.
39. UNICEF FRANCE. Chaque enfant compte. Partout, tout le temps. Rapport alternatif de l'UNICEF FRANCE de des partenaires dans le cadre de l'audition de la France pour le comité des droits de l'enfant des Nations Unies. juin 2015;15.
40. Tillatte A. 327000 personnes pauvres en Lorraine. *INSEE*. 2015.
41. Communiqué de presse. Lutte contre la discrimination pour cause de précarité sociale: la loi au Sénat le 18 juin. 2015.
42. Proposition de loi visant à lutter contre la discrimination à raison de la précarité sociale. N°114 SENAT [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.senat.fr/leg/tas14-114.html>
43. ATD Quart Monde. Editions Quart Monde. Qui sommes-nous ? [Internet]. Disponible sur: editionsquartmonde.org
44. Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Réédition du rapport Wresinski, à l'occasion des 25 ans de sa parution. 2012;
45. OMS. Commission des déterminants sociaux de la santé. Rapport final. [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/

46. Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés. Plan national d'éducation pour la santé. Paris: Ministère de l'emploi et de la Solidarité. 28 févr 2001;23.
47. Moquet M-J. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. Santé L'homme INPES. mai 2014;(397).
48. INPES. Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale. 2014.
49. Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. INSEE [Internet]. oct 2011;(1372). Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1372
50. DRESS. L'état de santé de la population en France. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Rapport 2007;47.
51. Pépin P. Inégalités sociales en France. MIPES [Internet]. mars 2012; Disponible sur: <http://www.mipes.org/-Inegalites-sociales-de-sante-en-.html>
52. Haut Conseil De Santé Publique. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. déc 2009;11.
53. Agences régionales de santé. Les inégalités sociales de santé. [Internet]. INPES; 2008. Disponible sur: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1251.pdf>
54. Les Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé et leur fédération: missions, métiers, activités et perspectives. [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.fnes.fr/activites/outils_et_supports.php?ref=96&titre=les-instance-regionales-d-education-et-de-promotion-de-la-sante-et-leur-federation--missions-metiers-activites-et-perspectives
55. Babour R, Kitzinger J. In: Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice. Londres; 1999. p. 6.
56. Quenton H, Boissonnat P, Sibue de Caigny C, Picard M-C, Mairey B, Weinland M-C. Dynamiques de soins autour des populations pauvres. Enquête du réseau Wresinski Santé du mouvement ATD Quart-Monde. ATD Quart Monde Fr. 2011;19.
57. LEEM. Consommation de médicaments: répartition et financement. juin 2014; Disponible sur: <http://www.leem.org/article/consommation-repartition-financement-0>
58. Boisguérin B, Després C, Dourgnon P, Fantin R, Legal R. Etudier l'accès aux soins des assurés CMU-C, une approche par le renoncement aux soins. IRDES. juin 2010;37.
59. L'assurance Maladie. Les effets de l'acquisition d'une complémentaire santé sur la consommation médicale. Fonds de CMU; 2012.
60. Accès à la santé des populations précaires : résultats de l'enquête régionale 2010. ARS Lorraine. [Internet]. 2011. Disponible sur: <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Acces-a-la-sante-des-populatio.145848.0.html>
61. Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) [Internet]. Disponible sur: <http://www.cmu.fr/acs.php>

62. ATD Quart Monde. La garantie « accès santé »: une couverture santé inégalée. 2014.
63. Aide à la complémentaire santé (ACS) : quoi de neuf au 1er juillet 2015 ? [Internet]. 2015. Disponible sur: <http://www.service-public.fr/actualites/008186.html>
64. La franchise médicale. [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/search.php?q=franchise+m%E9dicament>
65. Prise en charge et traitements : bien soigner les diabétiques précaires [Internet]. Diabète - Association Française des Diabétiques - AFD. [cité 21 janv 2015]. Disponible sur: <http://www.afd.asso.fr/diabete-et/precarite-pauvrete/prise-en-charge-traitements>
66. Sylvestre A. Les conséquences psychologiques de la précarité. Soins. mai 2011;56(755):50-2.
67. LEEM. Rebond du niveau de confiance des Français à 85%. juin 2015; Disponible sur: <http://www.leem.org/medicament-rebond-du-niveau-de-confiance-des-francais-85>
68. L'Assurance Maladie. Remboursement des médicaments et tiers payant [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/medicaments-et-vaccins/remboursement-des-medicaments-et-tiers-payant/medicaments-generiques-et-tiers-payant.php>
69. Le Cain A, Monrouga P. Accompagner vers le dépistage les femmes en situation de précarité. INPES. (375).
70. Kandel O, Bousquet M-A, Chouilly J. Manuel théorique de médecine générale. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. 2015.
71. FONDS CMU. La dépense de la CMU complémentaire par bénéficiaire en 2012-2013. 2014.
72. Laurent I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants ressenties par les médecins généralistes de Meurthe-et-Moselle. Etude qualitative par focus groups. [Nancy]: Faculté de médecine de Nancy; 2011.
73. Consoli SM. Relation médecin-malade. EMC - Traité Médecine AKOS. 1998;1(8).
74. Moreau A, Dedienne M-C, Labarere J, Terra J-L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. Rev Prat Médecine Générale. 2004;(674-75):1495-8.
75. ATD Quart Monde. Les plus pauvres interrogent notre système de santé. 2011.
76. Boissonnat Pelsy H, Sibué DeCaigny C. Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné. Laennec. 2006;54:18-30.
77. Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al. The physician-patient working alliance. Patient Educ Couns. avr 2007;66(1):29-36.

78. HCSP. La santé en France. Rapport général. 1994.
79. Reach G. Evolutions souhaitables. Dossier observance. Concours Méd. 2007;(129):1401-2.
80. Grimaldi A. Diagnostic du diabète. EMC - Traité Médecine AKOS. juill 2012;7(3):1-5.
81. Weill A, Tuppin P, Ricci P, Ricordeau P, Allemand H. Facteurs socio-économiques associés au diabète : une étude écologique. Diabetes Metab. mars 2009;35(S1):A48.
82. Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012. BEH. juill 2014;30-31:496.
83. Garcia J, Hugonnier R. Education thérapeutique chez un patient diabétique précaire. Etre tous partants. [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.oscarsante.org>
84. Recommandations: Prise en charge du diabète chez les personnes en grande précarité. Réunion de consensus. 2007 oct; Paris.
85. Boissonnat Pelsy H, Sibué DeCaigny C, Ramel M, Zimmer M-F. Se nourrir lorsqu'on est pauvre. ATD Quart-Monde. mars 2014;
86. Boissonnat Pelsy H, Sibué DeCaigny C, Zimmer M-F, Adobati M. Inégalités sociales de santé et petite enfance [Internet]. ATD Quart Monde. 2014. Disponible sur: <https://www.atd-quartmonde.fr/inegalites-sociales-de-sante-et-petite-enfance/>
87. OECD. L'obésité et l'économie de la prévention: objectif santé. 2014.
88. De Saint Pol T. L'obésité en France: les écarts entre catégories sociales s'accroissent. INSEE; 2007.
89. DREES. Obésité, caries, prévention ...: Les inégalités sociales de santé perdurent chez les enfants de 6 ans. 2015.
90. Le sport sur ordonnance confirme ses bons résultats à Strasbourg [Internet]. 2014 [cité 22 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.lalsace.fr/bas-rhin/2014/01/21/le-sport-sur-ordonnance-confirme-ses-bons-resultats-a-strasbourg>
91. MédecinGeek – Freestyle Libre : Nouveau lecteur de glycémie sans piqûre. [Internet]. [cité 22 avr 2015]. Disponible sur: <http://www.medecingeek.com/freestyle-libre-nouveau-lecteur-de-glycemie-sans-piqure/>
92. Després C. Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique. DREES; 2012.
93. Promo Soins. Une passerelle pour la santé. Que faisons-nous ? [Internet]. Disponible sur: http://www.promosoins-toulon.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=10&Itemid=117

94. Penformis A. Observance médicamenteuse dans le diabète de type 2 : influence des modalités du traitement médicamenteux et conséquences sur son efficacité. *Diabète Métabolism.* avr 2003;29(2-C3):31-7.
95. Vente de médicaments à l'unité: expérimentation pour la délivrance des antibiotiques. [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.service-public.fr>
96. Joannin P. Prévention et promotion de la santé auprès des populations précaires en Europe. Fondation Robert Shuman, Le centre de recherches et d'études sur l'Europe; 2002.
97. Haut Conseil de la Santé Publique. L'éducation thérapeutique intégrée aux soins de premiers recours. nov 2009;
98. ATD Quart Monde. Le pharmacien, pivot de santé auprès des personnes en situation difficile: Constats des personnes en précarité et des pharmaciens de terrain concernant le rôle et les implications financières, culturelles et sociales pour la pharmacie dans les zones défavorisées. *ATD Quart-Monde- Etudes Dév.* févr 2006;
99. Programme national de médiation sanitaire en direction des populations en situation de grande précarité. [Internet]. Qu'est-ce que la médiation sanitaire ? 2012. Disponible sur: <http://www.mediation-sanitaire.org/la-mediation-sanitaire/>
100. Krueger KP, Felkey BG, Berger BA. Improving adherence and persistence: a review and assessment of interventions and description of steps toward a national adherence initiative. *J Am Pharm Assoc JAPhA.* déc 2003;43(6):668-78.
101. Meriaux I, Ernst S. Les internes de médecine générale face aux inégalités sociales de santé: Faire partie du problème ou contribuer à la solution ? Connaissance et représentations des internes Marseillais de médecine générale sur les inégalités de santé. [Marseille]: Faculté de médecine de Marseille; 2013.
102. Ferrand C. Le croisement des savoirs et des pratiques. *Rev Quart Monde.* 2012;
103. Goer B de, Ferrand C, Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. *Santé Publique.* 4 juill 2008;Vol. 20(2):163-75.
104. ATD Quart Monde. Atelier de croisement des pratiques et des savoirs. Charte du Croisement des Savoirs et des Pratiques avec les personnes en situation de pauvreté et d'exclusion sociale. 2006.
105. Les nouvelles technologies en faveur de l'observance médicamenteuse. [Internet]. centre e-santé. 2013. Disponible sur: <http://www.centre-esante.com/Actualite/Espace-communication/Newsletters/Newsletter-4-Mars-2013/Les-nouvelles-technologies-en-faveur-de-l-observance-medicamenteuse>
106. Observance thérapeutique: le pilulier SIVAN de MedSecure désormais disponible en pharmacie. *Silver Economie.* 2013.

107. ATD Quart Monde. Biographie de Joseph Wresinski [Internet]. Disponible sur:
<http://atd-quartmonde.org/qui-sommes-nous/notre-histoire/joseph-wresinski/>

Table des figures :

FIGURE 1 : Les différentes formes de la non-observance.....	p 25
FIGURE 2 : Evaluation de l'observance d'un traitement médicamenteux.....	p 30
FIGURE 3 : Modèle de compliance en santé selon Heiby et Carlston en 1986.....	p 34
FIGURE 4 : Le modèle systémique de soins préventifs par Walsh et McPhee. 1992.....	p 36
FIGURE 5 : Le modèle de prédiction des comportements de santé selon Pender (1975, adapté par Richard 1988).....	p 37
FIGURE 6 : Les cinq dimensions de l'adhérence thérapeutique selon l'OMS.....	p 42
FIGURE 7 : Tableau récapitulatif des principaux facteurs susceptibles d'influer l'observance thérapeutique.....	p 43
FIGURE 8 : Le coût des complications par pathologie (en millions d'euros) en France.....	p 45
FIGURE 9 : Le niveau de vie médian est de 19 250 euros en Lorraine en 2012. INSEE.....	p 51
FIGURE 10 : Déterminants de la santé et des inégalités de santé. Schéma simplifié inspiré de Solar et Irwin. 2007.....	p 56
FIGURE 11 : Espérance de vie à 35 ans par sexe et catégories sociales en France. INSEE, 2011.....	p 56
FIGURE 12 : Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers en France. INSEE, 2008.....	p 58
FIGURE 13 : Taux standardisés de mortalité prématurée en pourcentage de variation par rapport au taux en France métropolitaine pour les hommes et les femmes en 2004 selon la DREES.....	p 59
FIGURE 14 : Tableau représentant les caractéristiques sociodémographiques et médicales des sept personnes interrogées au cours des entretiens semi-dirigés.....	p 105
FIGURE 15 : Tableau comparatif des résultats obtenus par les focus groups et les entretiens semi-dirigés.....	p 154
FIGURE 16 : Taux de renoncement aux soins pour raison financière en 2008. IRDES.....	p 163
FIGURE 17 : Evolution de la consommation de médicaments des ménages Français entre 1980 et 2012. LEEM.....	p 176

FIGURE 18 : Évolutions, pour les dépenses de ville, du coût moyen pour la CMU-C et du taux de croissance annuelle, en données brutes, des dépenses de soins de ville du régime général de janvier 2012 à octobre 2013 en France.....p 178

FIGURE 19 : Prévalence du diabète traité pharmacologiquement, standardisée sur l'âge en fonction de l'indice territorial de désavantage sociale chez les hommes et les femmes en 2012, France métropolitaine.....p 186

ANNEXES

Annexe 1 : Méthodologie des focus groups.

Au sein du département santé du Mouvement ATD Quart Monde, depuis 1999, la parole des personnes en situation de précarité a été recueillie selon la méthode sociologique et anthropologique des focus groups.

Choix et intérêt de la méthode.

Les focus groups sont des entretiens de groupe permettant de collecter des informations sur un sujet ciblé. Il s'agit d'une technique de recherche qualitative qui, en permettant une interaction au sein du

groupe, favorise l'émergence de toutes les opinions, sans avoir pour objectif la recherche du consensus. Elle permet en revanche le recueil des perceptions, des attitudes, des croyances, des zones de résistances des groupes cibles.

Leur utilisation auprès d'une population en situation de précarité pouvait sembler hasardeuse, tant cette situation difficile peut être la source d'un sentiment de honte et d'un désir de ne pas dévoiler sa vulnérabilité. Mais contrairement à d'autres études sociologiques, nous n'avons pas rencontré de problème pour entrer en contact avec les personnes en situation de précarité ayant participé à la recherche, les liens étant établis dans la durée au sein du Mouvement ATD Quart Monde. La méthode

utilisée du *focus group* permet un véritable savoir collectif ce qui est une plus-value par rapport aux

entretiens individuels habituellement utilisés dans ce genre d'études.

L'objectif est de laisser parler les personnes et d'approfondir par des relances, des reformulations et surtout de ne jamais faire apparaître son opinion, son approbation ou désapprobation. Les personnes

peuvent dire leurs griefs, leurs idées, leurs attentes, leurs remarques par association et tout en parlant

sur les sujets demandés mais sans que l'enquêteur impose ses mots et son rythme. Il est évident que ce

type d'entretien nécessite du temps (en moyenne une heure et demie à deux heures par séance). Outre

des réponses aux questions posées par la thématique, l'entretien de groupe permet un débat contradictoire.

Les entretiens sont enregistrés, décryptés, retranscrits et constituent un matériau de base pour effectuer des analyses et de la recherche de fond. La durée et la régularité sont le gage de la qualité des documents. Le cabinet de sociologie Études et Développement apporte son soutien logistique et méthodologique à ces travaux.

Préalables déontologiques.

Des préalables déontologiques ont été définis garantissant le respect de la parole et créant les conditions indispensables à l'expression des personnes en situation de précarité afin que leurs paroles ne soient pas des alibis mais que celles-ci soient réellement prises en compte comme l'expression d'une vie et d'une culture propre.

- Le savoir des plus pauvres est à considérer comme indispensable et complémentaire au sien
- Les personnes doivent être reconnues comme telles et respectées
- Les personnes ne sont pas isolées, elles doivent avoir des espaces de paroles et de réflexions

en groupe, elles doivent valider les écrits.

- L'espace de parole doit être correct pour chaque participant (égalitaire et respectueux). Les

personnes participantes sont fragiles et ont besoin d'être mises en confiance : certaines n'ont pris la parole que après quatre années de présence muette mais assidue

- Personne ne doit être défini par sa situation sociale

- L'animateur doit veiller à ce que les contributions aillent au-delà d'une simple présentation des aléas de la vie.

- Éviter que ce soit uniquement les personnes les plus à l'aise qui prennent la parole, prendre le

temps de faire émerger le savoir de tous les participants. Éviter des situations de prise de paroles inégalitaires et manquantes de respect et d'écoute de la parole de chacun.

Mise en œuvre pour l'étude.

Les *focus groups* sur lesquels porte notre étude se sont déroulés dans le cadre des rencontres du Groupe

Santé de l'antenne nancéienne d'ATD Quart Monde. Les groupes ont été constitués selon une représentativité qualitative : c'est-à-dire respectant la prise en compte des diversités de situation. Les

entrées et sorties dans ces groupes sont libres et permanentes. Un noyau d'une dizaine de personnes

assure la continuité. Les personnes viennent au groupe par l'intermédiaire de l'un ou l'autre de ses membres. Les réunions sur une thématique choisie sont mensuelles mais le groupe peut être sollicité

entre temps pour répondre à des questions de conjoncture.

L'animation est réalisée par une sociologue et une infirmière qui réalisent l'accompagnement des personnes, le soutien logistique, le soutien personnel aussi, toutes les deux sont impliquées dans le Mouvement ATD Quart Monde. Les entretiens ont une durée moyenne de deux heures. Ils sont enregistrés après information et accord de tous les participants, puis décryptés et retranscrits en respectant l'anonymat de chacun, et enfin analysés.

De nombreuses thématiques autour de la santé ont été abordées dans ces *focus groups*. La relecture de l'ensemble des retranscriptions des quatorze années de travaux, a permis de recueillir un riche matériau de base pour l'analyse du ressenti et du vécu des personnes en situation de précarité vis à vis de différents thèmes.

Échantillon.

Recrutement des participants :

Il s'agit des participants au Groupe Santé d'ATD Quart Monde et des personnes qu'ils cooptent. Ils

sont militants au sein du Mouvement ATD, ou participent suite à l'invitation d'un membre du groupe.

Caractéristiques de la population :

Pour l'année 2012 lors des rencontres du *focus group* sur le thème de « se nourrir lorsqu'on est

pauvre », au total 32 personnes en situation de précarité ont participé. Il s'agit de 21 femmes et 11

hommes. Le groupe présente une moyenne d'âge de 45 ans, avec des âges allant de 27 à 72 ans. Parmi

ces 32 personnes, près d'un tiers d'entre elles présentent une situation de handicap et/ou une maladie

chronique, reconnue ou non en ALD.

Pour les années 2009-2013, une soixantaine de personnes en situation de précarité ou militants ATD Quart Monde ainsi qu'une quinzaine d'alliés, accompagnant ces personnes, ont participé aux *focus groups*.

Caractérisation de la précarité :

En ce qui concerne la caractérisation des populations précaires, et notamment de celles qui ont participé à nos études, on note des personnes qui ont des situations instables tant au niveau financier, que social. Elles sont mal logées, sans travail ou avec des contrats précaires. Certaines cumulent l'ensemble de ces difficultés et ce sont celles qui se présentent elles-mêmes comme des personnes pauvres. Dans nos études, ce terme précarité n'est donc pas rattaché simplement à une valeur monétaire.

Autres sources utilisées :

Une centaine de personnes, dont certaines sont des militants, sont en lien dans un réseau, conçu comme une plateforme d'échanges et de propositions, le « Réseau santé Wresinski santé ». Il met ainsi en lien des professionnels du secteur sanitaire et social qui, dans leur domaine d'activité, ont le souci d'atteindre les personnes les plus démunies et de les faire participer aux décisions les concernant. C'est l'occasion pour les professionnels de partager leurs expériences, leurs réflexions et leurs initiatives relatives à leur travail avec les personnes en précarité. Les professionnels trouvent dans ces échanges un soutien à leur engagement et un support pour entraîner peu à peu leur milieu dans cette démarche.

Annexe 2 : Script des entretiens semi-dirigés.

PRESENTATION DE L'ETUDE ET OBJECTIFS.

PATIENTS : généralités/ mode de vie/ facteurs socio-économiques.

Age : quel âge avez-vous ?

Profession : vous travaillez ? Que faites-vous ?

Assurance maladie (AME, CMU, ALD anciennement CMU...) : quelle est votre assurance santé ?

Complémentaire santé ? Oui non ? Laquelle (CMU-C, ACS...) : est-ce que vous avez une complémentaire santé ? Laquelle ? Si non, pour quelles raisons ?

Antécédents / traitements : qu'avez-vous comme maladies chroniques, c'est-à-dire des maladies qui nécessitent des médicaments de prendre tous les jours ? Quels sont les médicaments prescrits par votre médecin traitant que vous devez prendre tous les jours ?

Addictions ? (tabac, OH, stupéfiants ?) : est-ce que vous fumez, buvez beaucoup d'alcool ? Consommez-vous des drogues ?

Logement /type : où habitez-vous ?

Isolement/ liens sociaux : vous vivez seule ? est-ce que vous êtes entouré ? famille/amis ? Si jamais vous avez des soucis financiers par exemple, quelqu'un peut-il vous héberger ?

RAPPORT AUX MEDICAMENTS :

Observance maladie chronique. Prenez-vous vos médicaments pour votre maladie chronique tous les jours ?

Oubli occasionnel ? fréquent ? combien de fois par semaine/mois ? a la bonne heure ? pour quelles raisons ?

Si non observance : freins ?

**Arrêt devant l'absence d'amélioration immédiate ?*

**Forme inadaptée ?*

**Effets secondaires ?*

**Trop de comprimés ?*

**Votre médecin généraliste vous va-t-il déjà prescrit des médicaments non remboursés ? Vous lui demandez si c'est remboursé ?*

**Retard de renouvellement d'ordonnance ? (pourquoi ? difficultés à se rendre chez votre médecin ? rendez-vous pris trop tard ? dans ce cas, que faites-vous ? pharmacie avance-t-elle les médicaments ?)*

**Oubli ?*

Observance maladie aiguë. *Quand vous avez une maladie aiguës, c'est une maladie qui ne dure pas longtemps, par exemple une infection, un rhume, une angine, une toux, vous allez voir votre médecin ? s'il vous fait une ordonnance prenez-vous les médicaments comme il vous l'a expliqué, jusqu'au bout ? Arrêt préalable d'un traitement en aigu (antibiotique par exemple)*

Si non observance, freins ? *Pour quelles raisons ?*

Stratégies mises en œuvre pour une bonne observance. *Comment faites-vous pour ne pas oublier de prendre vos médicaments ? (calendrier, pilulier, qqn de votre entourage doit systématiquement vous le rappeler)*

Automédication : *Vous arrivent-ils de vous soigner par vous-même pour des maladies aiguës (rhume, maux de gorge, brûlure, piqure...) ? Qu'utilisez-vous comme médicaments ?*

Armoire à pharmacie : *Que contient votre armoire à pharmacie ?*

Confiance/méfiance par rapport aux médicaments. *Avez-vous confiance dans les médicaments en général ? si méfiance, pourquoi ? Médicaments génériques, qu'en pensez-vous ?*

Qualité de l'information reçue sur le traitement : *Votre médecin généraliste vous a-t-il bien expliqué à quoi servait votre traitement ? êtes-vous satisfait de l'information reçue, ou trouvez-vous qu'il ne vous a pas suffisamment expliqué ?*

Qualités d'un bon médicament : *c'est quoi un bon médicament pour vous ?*

Est-ce qu'une fois au moins dans votre vie vous n'avez pas suivi votre traitement jusqu'au bout comme prescrit ?

Regrets si non observance ?

RAPPORT A LA SANTE ET AU MONDE DE LA SANTE :

Perception de leur état de santé/ représentation de la maladie: *Est-ce que vous vous trouvez en bonne santé ? si non pourquoi ? C'est important la santé pour vous ?*

Relation médecin/malade : *type de relation ? amicale ? empathique ? faites-vous confiance à votre médecin traitant ?*

Relation pharmacien/patient : *demandez-vous parfois conseil à votre pharmacien ? allez-vous le voir avant votre médecin parfois ?*

Fidélité : *etes-vous fidèle à votre médecin traitant ou en changez-vous souvent ? pourquoi si infidélité ?*

RÉSUMÉ DE LA THESE

Introduction : Selon l’OMS, 50% des patients atteints de maladies chroniques ne prendraient pas correctement leur traitement, ce qui engendre des conséquences sanitaires et économiques non négligeables. La précarité est reconnue comme un facteur de risque d’inobservance médicamenteuse, mais les déterminants propres à ces patients sont encore peu connus. Nous avons voulu savoir quelles difficultés ces patients rencontrent face à une prescription médicamenteuse et leurs préconisations pour un meilleur accès aux médicaments.

Méthode : Nous avons réalisé deux études qualitatives : une par l’analyse de 14 années de focus groups allant de 1999 à 2014 en collaboration avec ATD Quart Monde Nancy, et une seconde par la réalisation d’entretiens semi-dirigés auprès de patients précaires vivants en Meurthe-et-Moselle. Elles ont fait l’objet d’une analyse thématique en collaboration avec le cabinet de sociologie Etudes et Développement de Nancy.

Résultats : Les entretiens valident les focus groups. Les patients précaires se sentent souvent démunis face à une prescription médicamenteuse. Ils sont méfiants envers les médicaments, dénoncent un manque d’informations, une surprescription et une surconsommation médicamenteuse. Concernant l’observance, la précarité représente un handicap par plusieurs aspects : l’aspect financier, l’enjeu secondaire que représente la santé face aux conditions de vie engendrées par la misère, la rupture de droits, l’instabilité géographique et la peur de s’engager sur le long terme. Pour favoriser leur observance, une relation médecin-patient de qualité, le rôle du pharmacien et de l’entourage proche ont pu être mis en évidence.

Discussion : Les représentations négatives qu’il peut exister du côté des soignants et des soignés en situation précaire sont un obstacle à une relation médecin-patient de qualité et donc à une bonne observance. Renouer le dialogue avec les plus vulnérables, leur redonner leur dignité, inciter la formation des professionnels à la prise en charge spécifique des patients précaires et favoriser la « co-formation » semblent indissociable d’un accès équitable aux médicaments.

TITRE EN ANGLAIS

Medication adherence and precariousness. Identification of the obstacles and strategies implemented by persons in precarious situations facing drug prescription. Qualitative study conducted in Meurthe-et-Moselle.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2015

MOTS CLEFS

Observance, Médicaments, Maladies chroniques, Précarité, Relation Médecin-Patient

INTITULÉ ET ADRESSE

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex
