



Les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Marie Delatte-Balland

► To cite this version:

Marie Delatte-Balland. Les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Sciences du Vivant [q-bio]. 2012. hal-01732833

HAL Id: hal-01732833

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732833>

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>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

Marie DELATTE - BALLAND

le 17 décembre 2012

Les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Examineurs de la thèse :

M. KOHLER François	Professeur	Président
M. BRIANCON Serge	Professeur	Juge
M. GERARD Alain	Professeur	Juge
M. DI PATRIZIO Paolo	Professeur	Juge
M. CRITON Alain	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseeurs :

- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bruno CHENUEL
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NEMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Paolo DI PATRIZIO
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Assesseeurs Relations Internationales	Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

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

- Pierre BEY Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - 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 DUHEILLE -

Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – 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 - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL

Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ

Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

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

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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 médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur 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

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

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur 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 LOZNIÉWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Pierre BORDIGONI - 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 Marie-Christine BENE

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 – Professeur 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

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

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT – Professeur 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 Daniel SIBERTIN-BLANC – 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*)

Professeur 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 – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

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

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

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

PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur 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 Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur 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

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

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

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 – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

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

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

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

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS -

PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

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

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

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

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

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

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

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

Madame Marie MACHOUART

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

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

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

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

Docteur Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

Docteur Nicolas JAY

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

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

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

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

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

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

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

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

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

Docteur Stéphane ZUILY

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

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

Docteur Laure JOLY

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

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

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

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia
DE ISLA

Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ

Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie
GILGENKRANTZ

Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER - Professeur Henri LAMBERT

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre
NICOLAS

Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL

Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT

Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT

Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de
Perfectionnement des Professionnels de
Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur David ALPERS (2011)

Université de Washington (USA)

Professeur Yunfeng ZHOU (2009)

Université de WUHAN (CHINE)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)*

A notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur François KOHLER,

Professeur de Biostatistiques et Informatique Médicale,

Nous avons été très sensibles à l'honneur que vous nous
avez fait en acceptant de présider ce jury de thèse.

Votre enthousiasme pour ce sujet nous a touchés.

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

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Serge Briançon,

Professeur d'Epidémiologie, d'Economie de la Santé et Prévention,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites
en acceptant de juger ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de
notre sincère reconnaissance

A notre maître et juge,

Monsieur le Professeur Alain Gérard,

Professeur de Réanimation Médicale,

Vos enseignements lors de nos jeunes années universitaires
ont toujours été marqués par
votre approche humaniste de la médecine.

Pour votre disponibilité à notre égard et pour
l'honneur que vous nous
faites en acceptant de siéger dans notre jury de thèse,
Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Paolo Di-Patrizio,

Professeur associé de Médecine Générale,

Vous avez été l'investigateur et le guide de ce travail.

Votre aide fut précieuse et votre dévouement sans faille.

Ce fut un honneur de travailler à vos côtés.

Veillez trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et Juge,

Monsieur le Docteur Alain Criton,

Médecin généraliste,

Vous nous avez sensibilisés aux personnes en situation de précarité,
votre attitude à leur égard fut un modèle pour nous.

Merci de nous avoir fait confiance dans notre mission au Grand-Sauvoy.

Merci de nous avoir suivis et encouragés avec enthousiasme
jusqu'à ce jour.

Merci à l'équipe sociale du Grand-Sauvoy de Maxéville, pour leur accueil chaleureux, leur confiance et leur soutien pour la mise en place de ce projet.

Merci à Antoine Delestre pour ses conseils experts et bienveillants, notamment concernant la méthode qualitative.

Merci à mes collègues et mes maîtres, à toutes les équipes avec qui j'ai pris plaisir à travailler.

Merci Joseph, pour ton amour quotidien, ta force tranquille et ta patience à mon égard.

Merci à mes enfants, Sybille et Baptiste, vous illuminez ma vie tous les jours.

Merci de m'avoir permis d'être plus efficace que jamais pendant vos siestes !

Merci à mes parents de m'avoir permis de faire ce métier, convoité depuis mes jeunes années.

Merci maman, pour ton soutien sécurisant, tes conseils éclairés et tes encouragements permanents.

Merci Jean-Pierre, pour ta bienveillance et ta disponibilité à toute épreuve.

Merci à Sophie, Nicolas et Magali, Matthieu, Agathe et Sébastien, Dimitri pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

Merci à mamie Renée, pour la joie de t'avoir à mes côtés.

Merci à mes beaux-parents, Hélène et Jean-Pierre, pour votre accueil et votre présence chaleureuse.

Merci à mes neveux et nièces, Jules, Arthur et Margaux pour la joie que vous m'apportez de vous voir grandir.

Merci Jean-Baptiste pour ton amitié sans faille et ton aide pour la mise en page de ce travail.

Merci à mes amis, Marie, Cécile, Marie, Gaëlle, Géraldine, Sophie, Caroline, Sarah, Lucie, Caroline, Martin, Serge et Jean-Jacques. Merci pour les p'tits thés, les appels réconfortants, les grosses soirées et pour votre soutien inconditionnel.

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".

Table des matières

Liste des abréviations	22
Introduction	24
Partie théorique	26
I. La précarité	26
A. Définition.....	26
1. Les rapports de référence.....	26
2. Définition différentielle :	31
B. Etat des lieux en France.....	36
1. La pauvreté en France.....	36
2. La précarité en France	37
II. Précarité et accès à la santé	41
A. Les systèmes d'aide sociale pour la couverture maladie	41
1. La Couverture maladie universelle (CMU)	41
2. La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).....	42
3. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.....	43
4. L'Aide Médicale de l'Etat (AME)	43
B. La loi de lutte contre les exclusions du 31 juillet 1998, les PRAPS, les PASS, les dispositifs et les structures associatives	44
1. Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins	44
2. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé	45
3. Les dispositifs	46
4. Les structures associatives	48
III. Santé et précarité : les inégalités sociales de santé.....	51
A. Définition de la santé	51
B. Les inégalités sociales de santé : le cumul des risques	52
1. Etat de santé des personnes précaires.....	52
2. Les déterminants sociaux de la santé.....	53

IV. Le patient précaire et l'usage du système de soins	56
A. Le renoncement aux soins par manque de moyens	56
1. Le renoncement financier aux soins en France	56
2. Les facteurs socio-économiques du renoncement aux soins	58
B. Le recours moindre aux spécialistes et plus fréquent à l'hôpital	59
C. Rapport à la santé et aux soins	60
1. Les rapports à la maladie.....	60
2. Les rapports aux structures de soins.....	61
3. Le non recours aux soins	62
V. Le médecin généraliste et la prise en charge des patients en situation de précarité	64
A. Le rôle du médecin généraliste	64
B. Les difficultés du médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de précarité	66
1. Une répartition géographique inversement proportionnelle à la demande.....	66
2. Enquête de l'IRDES sur le refus de soins aux patients bénéficiaires de la CMU-C	67
3. Le cloisonnement de l'action sanitaire et sociale	68
 Enquête : Les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés.....	69
I. Matériel et méthode.....	70
A. Intérêt pour le sujet.....	70
B. Choix de la méthode.....	71
C. Population étudiée	72
1. Nombre d'enquêtés.....	72
2. Choix des enquêtés.....	73
D. Les entretiens.....	74
1. Organisation pratique : lieu et temps	74
2. Guide d'entretien.....	74
3. Recueil des informations	75
E. Méthode d'analyse des entretiens.....	76

II. Résultats.....	77
A. Description de la population	77
B. Analyse des données	79
1. Contraintes liées à la personne en situation de précarité :	79
2. Contraintes liées au dispositif de soins.....	88
3. Contraintes liées aux prestataires de soins.....	95
4. Intérêt pour la médecine.....	101
5. Perception de la santé.....	103
6. Importance de la prise en charge sociale.....	106
7. Suggestions d'amélioration du suivi médical.....	113
8. Suggestions d'amélioration de la santé.....	115
III. Discussion	119
A. Limites et biais de la méthode	119
1. Biais liés à la population sélectionnée.....	119
2. Biais liés à l'interviewer	119
3. Difficultés rencontrées lors des entretiens	120
B. Résultats	120
1. Contraintes liées à la personne en situation de précarité.....	121
2. Contraintes liées au dispositif de soins.....	128
3. Contraintes liées aux prestataires de soins.....	129
4. Place de la prise en charge sociale.....	131
5. Suggestions d'amélioration du suivi médical.....	133
6. Suggestions d'amélioration de la santé.....	136
C. Pistes de travail.....	137
1. Formation médico-sociale des médecins généralistes.....	137
2. Collaboration médico-sociale.....	139
Conclusion.....	141
Annexes.....	143
Bibliographie	149

Liste des abréviations

AAH : Allocation aux Adultes Handicapés
ACS : Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé
ALD : Affection Longue Durée
AME : Aide Médicale d'Etat
ARS : Association de Réinsertion Sociale
ASSEDIC : Association pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce
ATD : Agir Tous pour la Dignité
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
CASO : Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation
CDD : Contrat à Durée Déterminée
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CILE : Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions
CMU : Couverture Maladie Universelle
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FTC : France Traumatisme Crânien
HCSP : Haut Comité de Santé Publique
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPH : Indicateur de la Pauvreté Humaine
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
LHSS : Lits Halte Soins Santé
MRIE : Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PARSA : Plan d'Action Renforcé en direction des Personnes Sans Abri
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
PRAPS : Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins
RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SPIP : Service Pénitentiaire d'Information et Probation

UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

UMS : Unité Médico-Sociale

USER : Unité de Soins, d'Enseignement et de Recherche

Introduction

Le contexte économique actuel fragilise une partie de plus en plus importante de la population, avec pour conséquence une précarité grandissante. Ce terme renvoie à la notion d'insécurité, défini par l'absence d'emploi, de logement et de revenu. Il se distingue de la notion de pauvreté, qui fait référence à un seuil de ressource dans une culture donnée.

De nombreuses études montrent les conséquences de la précarité sur la santé. Les personnes dans cette situation sont plus à risque de développer certaines pathologies. Leur état de santé est plus dégradé que dans la population générale.

Les dispositifs mis en place en France depuis les années 1990 ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins de tous. Ces mesures ont longtemps maintenu l'idée selon laquelle l'extension et la généralisation de la couverture santé lèveraient toutes les difficultés d'accès aux soins. Pourtant, des constats de disparités de recours aux soins et d'inégalités sociales de santé se sont accumulés progressivement.

Pour y faire face, une offre de soins et de dispositifs spécifiquement destinés à soigner les exclus s'est développée dans un souci d'articuler action sanitaire et sociale. Ces structures ont pour objectif de faciliter l'accès aux soins pour les plus démunis. Cependant, elles peuvent également accentuer le sentiment d'exclusion d'une population déjà en marge de notre société.

Le médecin généraliste a un rôle majeur dans le système de soins. Premier professionnel en contact avec la population, il doit répondre aux problématiques et aux besoins de santé, en particulier pour les personnes et familles en difficultés, permettant ainsi leur intégration dans le système de droit commun. Quels projets de santé peut-on envisager chez ces personnes installées depuis longtemps dans un mode de fonctionnement marginal ?

Au cours de notre engagement associatif au sein de l'association ATD Quart Monde durant nos études secondaires et nos stages d'interne, nous avons pris conscience de l'importance de porter un intérêt particulier à la prise en charge des patients en difficulté.

Notre dernier stage d'internat nous a permis d'effectuer une vacation hebdomadaire au foyer du Grand Sauvoy de Maxéville.

A travers cette expérience débutante, nous avons été confrontés à des patients en situation de grande précarité. La nécessité de prendre le temps de créer la confiance, de travailler en collaboration avec les travailleurs sociaux et de prendre en compte les particularités de chacun s'est avérée indispensable.

Nous nous sommes interrogés sur les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas ou peu de suivi médical. Dans ce contexte, la question des « freins à la consultation dans le domaine des soins primaires », du point de vue des patients en situation précaire, s'est posée avec acuité.

Une étude a été effectuée par l'IRDES à propos du renoncement aux soins et son approche socio anthropologique. Les itinéraires de santé y sont étudiés de manière large et non spécifiquement au secteur de la médecine générale.

Notre travail de thèse tente de proposer une analyse qualitative des obstacles aux soins primaires pour les patients en situation de précarité. Une meilleure connaissance de ces obstacles pourrait constituer une piste d'amélioration de leur prise en charge.

Dans un premier temps, nous définirons la notion de précarité, ses liens avec la santé, le rôle des structures existantes et du médecin généraliste dans sa prise en charge.

Dans un deuxième temps, nous présenterons notre travail. Il s'agit d'une étude qualitative permettant de recueillir les caractéristiques médicosociales des personnes incluses, leur relation avec leur propre santé et les obstacles rencontrés dans le suivi médical auprès de leur médecin traitant.

Dans un troisième temps, nous discuterons les résultats afin d'en faire ressortir les problématiques et de proposer une amélioration de la prise en charge des patients précaires.

Partie théorique

I. La précarité

La précarité est un thème sur lequel beaucoup d'auteurs d'horizons et de formations très divers ont écrit, d'autant que le sujet dépend de l'époque et du lieu où il est évoqué.

Cependant, un point de convergence apparaît : la difficulté que l'on rencontre à déterminer ce terme et les personnes concernées.

Chaque époque a ses définitions. Aujourd'hui nous parlons d'exclusion et depuis peu, la précarité a pris le relais. Nous tenterons ici de redéfinir ce concept.

A. Définition

« Le Robert » définit la précarité comme une situation instable, sans garantie, synonyme d'incertitude et de provisoire.

1. Les rapports de référence

a) Le rapport du Père Wresinski, 1987

Le Père Joseph Wresinski, fondateur du Mouvement des Droits de l'Homme ADT Quart Monde, définit la précarité dans son rapport issue de la « Grande pauvreté et précarité économique et sociale » rendu au Conseil Economique et Social Français le 11 décembre 1987.

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.

L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs

domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer des responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible.» (1)

Cette définition a le mérite de souligner la pluri dimensionnalité de la précarité et le risque que s'accumulent divers aspects de celle-ci.

b) Le Haut Comité de Santé Publique, 1998

Onze ans plus tard, en 1998, le Haut Comité de Santé Publique reprend la définition du Père Wresinski et affirme que « La précarité ne caractérise pas une catégorie sociale particulière mais est le résultat d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale ». (2)

c) La vision de la MRIE

De nos jours, on peut trouver sur le site de La Mission Régionale d'Information sur l'Exclusion (MRIE) des Rhône-Alpes non plus la définition de la précarité mais de la « Situation de précarité ». Elle est « caractérisée par le caractère incertain, aléatoire, ou irrégulier des ressources (CDD, intérim, chômage, maladie, etc.) et par la fragilité qui résulte de cette insécurité dans la vie quotidienne, familiale et sociale. En fonction de son importance, l'insécurité économique accroît les risques de vulnérabilité aux événements. » (3)

Ces définitions sont les plus répandues et les plus partagées par les acteurs de terrain.

d) Le point de vue du psychiatre Jean Furtos

Jean Furtos (psychiatre et directeur scientifique de L'observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP)) définit quatre stades de précarité socio psychologiques. (4)

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

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

Dans ces deux premiers stades les objets sociaux sont globalement conservés.

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

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

e) Le point de vue du sociologue Serge Paugam

Les travaux de Serge Paugam décrivent le phénomène de « disqualification », en trois étapes dans le parcours d'un individu :

- **Première phase**, la « fragilité » correspondant à l'apparition de difficultés économiques qui rendent le sujet plus isolé, conscient de la différence par rapport à ceux conservant un emploi régulier.

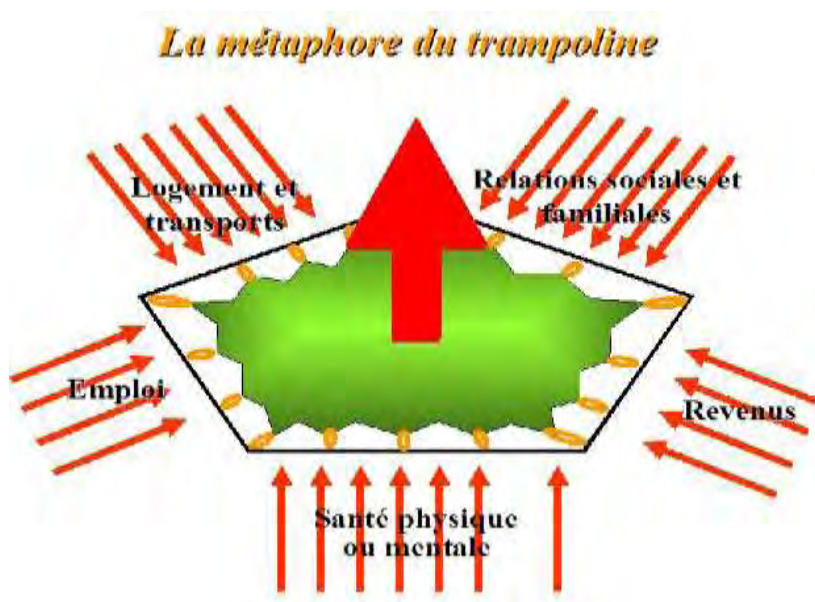
- **Seconde phase**, la « dépendance », le sujet fait l'objet d'un suivi social régulier, et accepte plus facilement le statut de « pauvre ».

- **Troisième phase**, la « rupture », marquée par le risque d'adopter un refus du système d'assistanat, ce rejet conduisant à la grande marginalisation (sujets appelés communément SDF). (5)

f) La métaphore du Trampoline selon le Dr Larcher

Pierre Larcher, Chargé de Mission « santé précarité » à la Direction Générale de l'Action Sociale, prend appui sur la définition donnée en 1987 dans le rapport Wresinski qu'il considère pragmatique et reconnaît « à la fois la progressivité et la multi dimensionnalité ». Il propose ainsi la métaphore du Trampoline pour expliquer « le cumul progressif de précarités de causes diverses aboutissant d'abord à la pauvreté, puis à l'exclusion ».

Pour le Docteur Larcher, « l'individu est dorénavant soumis à des sollicitations permanentes de tous ses interlocuteurs sociaux (famille, conjoint, collègues, supérieurs, administrations, commerçants, logeurs...) auxquelles il doit sans cesse être en mesure de répondre sans délai et de façon satisfaisante, de la même manière qu'avec un faible élan, on ne cesse de rebondir sur un trampoline ».



« La comparaison avec le trampoline ne s'arrête pas là : pour que le rebond soit de bonne qualité, il faut que tous les élastiques qui le relient à son cadre soient présents et en bon état, sur chacun de ses côtés. De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au

fil de sa vie sans même qu'il en ait conscience, contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les péripéties de l'existence ». (6)

Il propose ainsi des exemples illustrant concrètement son concept :

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

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

« Le trampoline commence à rebondir de plus en plus mal, et chaque secousse l'ébranle davantage, avec des risques de déchirure. C'est souvent au travail que retentit le coup de grâce. D'un coup, ce sont plusieurs élastiques qui sautent (confiance en soi, revenus suffisants, relations de confiance avec les voisins...). Risquent de s'ensuivre d'autres déboires qui seront autant de lâchages supplémentaires qui équivalent à la déchirure fatale, provoquant une chute qui risque d'être définitive ». (7)

2. Définition différentielle :

a) La pauvreté

Le Haut Comité de Santé Publique définit la Pauvreté comme « l'état d'une personne ou d'un groupe qui dispose de peu de ressources ». Cette notion est donc relative car elle est évolutive dans l'histoire, fonction des cultures, mais aussi du groupe auquel la personne est extraite.

En France et en Europe le seuil de pauvreté est fixé de façon relative. On considère comme pauvre une personne dont les revenus sont inférieurs à un certain pourcentage du revenu dit « médian ». Ce revenu médian est celui qui partage la population en deux, autant gagne moins, autant gagne davantage. (2)

Ce pourcentage est de plus en plus souvent fixé à 60 % du revenu médian, alors qu'en France jusqu'en 2008 le seuil à 50 % était le plus couramment utilisé. A noter : aucun seuil n'est plus juste qu'un autre, c'est uniquement une question de convention statistique. On aurait pu tout aussi bien opter pour un seuil à 40 % ou 70 %. (8)

En France, un individu est considéré comme « pauvre » quand ses revenus mensuels sont inférieurs à 795 euros ou 954 euros (données 2009), selon la définition de la pauvreté (seuil à 50% ou à 60% du niveau de vie médian). Le revenu pris en compte est le revenu dit « disponible » après impôts et prestations sociales.

Pour tenir compte de la composition des ménages, ce seuil est réévalué en fonction du nombre de personnes du foyer (adultes et enfants, l'âge des enfants, de plus ou moins de 14 ans, entrant également en compte).



Par ailleurs, ce concept comptable ne prend pas en compte les autres réalités qui ne dépendent pas uniquement du revenu comme les solidarités familiales, culturelles, ou amicales.

b) L'exclusion

Au cours de ces dernières années, l'exclusion est devenue une notion familière presque banale.

(1) Les origines de la notion d'exclusion dans le débat social

Quand on parle d'exclusion dans les années soixante, on parle d'un phénomène marginal. Il s'agit d'une tranche de la population qui ne s'adapte pas au progrès, à la société moderne. Le terme d'exclusion est vu comme une non-participation au progrès.

En 1974, avec l'apparition du livre « Les exclus » de Lenoir, au lieu de parler des pauvres qui restent à l'écart du progrès, on parle de l'inadaptation sociale de façon beaucoup plus large. A la différence de la pensée des années soixante, René Lenoir ne parle pas d'un courant d'ordre individuel ni d'un phénomène de pauvreté volontaire mais d'un phénomène social dont l'origine est à rechercher dans le fonctionnement des sociétés modernes. L'auteur parle d'une organisation urbaine trop rapide, désordonnée, génératrice de ségrégation sociale et raciale.

Au début des années 80 avec la crise pétrolière, la question centrale est celle du chômage et on va s'intéresser à la notion de précarité. La notion de précarité attire l'attention sur un phénomène que l'on appelle au milieu des années 80 « la nouvelle pauvreté ». L'accent n'est plus mis sur les groupes marginaux mais sur des couches de la population considérées comme adaptées à la société moderne, mais victimes de la conjoncture économique et de la crise de l'emploi.

On va tenter des expériences locales de RMI (loi votée en 1988). On pense alors qu'améliorer le système de protection sociale, le système de transferts sociaux vers les populations défavorisées en y associant des actions d'insertion serait une solution qui allait révolutionner le secteur de l'action sociale. Or la France connaît beaucoup de désillusions, le RMI ne tient pas toutes ses promesses et le nombre d'allocataires du RMI ne va pas cesser d'augmenter. En raison de cette désillusion, on commence à parler d'exclusion sociale. On est désormais conscient que la pauvreté est un processus qui peut conduire de la précarité à l'exclusion. (9)

(2) Quelques notions et concepts autour de l'exclusion

Aujourd'hui, l'exclusion, est pour la majorité des auteurs considérée comme le stade ultime de la précarité, comme la conséquence d'une situation de précarité qui s'éternise et s'aggrave se nourrissant de facteurs environnementaux et d'elle-même. Allant au-delà d'un point de non-retour, cette situation devient difficilement réversible et les personnes sont dès lors stigmatisées comme "en dehors de la société".

Le concept d'exclusion est transversal. Cette notion mérite d'être étoffée et de tenir compte du processus menant à l'exclusion.

Le docteur Jacques Hassin souligne qu'« il n'y a pas de trajet rectiligne entre la socialisation et la désocialisation complète », mais qu'il existe de nombreuses étapes intermédiaires possibles avant d'arriver à une exclusion sociale totale. « Cependant, il est vrai qu'il existe une ligne invisible qui, une fois franchie, rend le retour en sens inverse plus qu'aléatoire. »

En effet, beaucoup d'auteurs se rejoignent pour signaler qu'à partir d'un certain stade d'exclusion, le retour à une vie en tant qu'acteur de société devient de plus en plus difficile.

J. Hassin se risque toutefois à esquisser l'archétype de l'exclu en France : « on peut dire qu'il s'agit d'un homme, seul, célibataire, sans contact avec sa famille, ayant perdu un emploi peu rémunérateur, sans logement réel depuis plusieurs années, sans ressources ni contact social. Il présente quelques problèmes de santé, buveur excessif au moins et dont les besoins exprimés sont soit réduits à néant, soit exprimés sous forme de demande de travail et de logement, mais sur un fond de désocialisation largement entamée. » (10)

Le Haut Comité de Santé Publique définit, quant à lui en 1998, l'exclusion comme « une réalité dynamique caractérisée par l'absence – pendant une période plus ou moins longue – de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. » (2)

Comme nous l'avons vu précédemment, J. FURTOS définit l'exclusion comme le quatrième stade de précarité socio psychologique où « tout ou presque est perdu, même l'estime de soi. C'est le stade où la souffrance empêche de souffrir. A partir de la précarité exacerbée, il est possible de passer le seuil par lequel on entre dans l'exclusion, la désaffiliation sociale (perte du sentiment d'être citoyen reconnu), qui entraîne souvent en même temps des ruptures familiales. La personne ne se sent plus incluse dans la chaîne des générations. Pour ne plus vivre certaines souffrances extrêmes, il faut s'exclure de soi-même, ne plus sentir, ne plus ressentir et utiliser des moyens psychiques de rupture extrêmement coûteux à type de déni, clivage, projection. A ce stade, l'exclusion sociale se double d'une auto exclusion psychique. »
(4)

J. FURTOS concorde avec les autres auteurs des conséquences graves que l'exclusion peut avoir sur la santé physique et psychique (troubles de comportement, ...) mais aussi de la réversibilité de la situation, de la « réappropriation », qui sera longue et difficile et jamais certaine.

Pour décrire le processus de désocialisation, nous nous appuyons sur l'ouvrage d'Alexandre Vexliard qui, au milieu des années 50, réalise une enquête auprès d'une soixantaine de clochards. Cette étude nous permet de comprendre les mécanismes sociaux contribuant à la construction de destins individuels et les motivations de ces personnes.

Pour parvenir à ce stade ultime de désocialisation, les personnes traversent différentes phases dans lesquelles viennent s'entremêler facteurs socio-économiques et histoire personnelle.

La première phase est dite « agressive » : « Le futur clochard côtoie un monde nouveau pour lui, qu'il ne reconnaît pas encore pour sien. L'agressivité qui se déploie en vue de rétablir la situation ancienne joue également en sens inverse pour repousser les nouveaux compagnons ».

Lorsqu'une personne subit un événement brutal qui la conduit à la rue, elle se bat pour retrouver ce qu'elle vient de perdre et rejette les autres personnes sans abri. A ce moment-là sa personnalité ne subit pas de modification et elle reste attachée à ses valeurs passées. Puis, lorsque la situation nouvelle s'installe, devient familière, la personne déprécie son passé tout en s'y raccrochant. Elle entre dans une phase de repli sur soi, dans une phase « régressive ». Les échecs prolongés ou répétés de ses tentatives pour retrouver son monde ancien annulent

tous désirs de se mobiliser pour modifier son quotidien. Son état psychologique se détériore, elle s'auto accuse, elle se croit « responsable de ses échecs et en cherche l'explication dans son incapacité. Les difficultés objectives lui semblent insurmontables, elle bascule alors dans une phase de « fixation » où « le conflit insupportable doit être résolu par une action qui engage la rupture avec le passé », elle s'installe dans son nouvel environnement. Pour subvenir à ses besoins elle apprend à recevoir sans donner, elle peut commencer à mendier.



Cette nouvelle existence est caractérisée par l'incertitude, tout y est provisoire.

Cette « situation de fait n'est pas encore acceptée et l'individu ne fait partie d'aucun des deux univers. C'est le moment le plus aigu de la crise conflictuelle ».

C'est alors qu'elle sombre dans une phase de « résignation » à la perte du monde ancien et valorise son monde nouveau. Jusqu'alors « il luttait contre des difficultés, des obstacles objectifs, indépendants de lui. Désormais le principal obstacle à son intégration sociale est en lui-même ». Sa personnalité est transformée, elle commence à apprécier ses compagnons et perd ses liens avec son passé. « Le monde nouveau est devenu familier. L'ancien ne mérite que mépris et indifférence. Tel est le moyen de résoudre le conflit intime aigu de la troisième phase et de vivre en paix avec soi-même ». (11)

B. Etat des lieux en France

1. La pauvreté en France

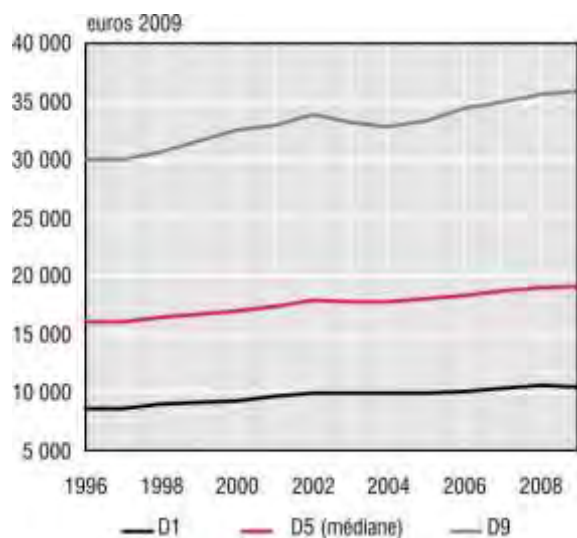
La France est 11ème pour la pauvreté humaine sur les 19 pays classés par le Programme des nations unies pour le développement (PNUD). L'organisation internationale a mis au point un indicateur de pauvreté humaine (IPH), qui intègre les revenus ainsi que d'autres éléments des conditions de vie. Cet indicateur comprend la proportion de pauvres, mais aussi la probabilité de décéder avant 60 ans (indicateur de santé), les difficultés à comprendre un texte écrit (indicateur d'accès à l'enseignement) et le chômage de longue durée. (12)

La France comptait 4,5 millions de pauvres en 2009 si l'on fixe le seuil de pauvreté à 50 % du niveau de vie médian et 8,2 millions de pauvres en 2009 si l'on utilise le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

La pauvreté a baissé à partir des années 1970 jusqu'au milieu des années 1990. Elle est ensuite restée plutôt stable jusqu'au début des années 2000. Depuis 2002, le nombre de personnes pauvres au seuil de 50 % a augmenté de 760 000 (+ 20 %) et le nombre au seuil de 60 % a augmenté de 678 000 (+ 9 %). Les taux sont passés respectivement de 6,5 à 7,5 % et de 12,9 à 13,5 %.

Il ne s'agit pas d'une "explosion", et la France demeure l'un des pays qui compte le moins de pauvres en Europe. Mais le mouvement de hausse est désormais très net. Il constitue un tournant historique depuis les années 1960. La stagnation de l'activité économique depuis 2009 laisse penser que la situation ne s'est pas améliorée.

Graphique : Évolution de quelques déciles de niveau de vie entre 1996 et 2009



Lecture : en 2009, la moitié des personnes disposent d'un niveau de vie annuel inférieur à 19 080 euros (D5) et 10 % des personnes ont un niveau de vie inférieur à 10 410 euros (D1).

Champ : France métropolitaine, personnes vivant dans un ménage dont le revenu déclaré au fisc est positif ou nul et dont la personne de référence n'est pas étudiante.

Sources : Insee-DGI, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux rétrospectives 1996 à 2004, Insee-DGFiP-Cnaf-Cnav-CCMSA, enquêtes Revenus fiscaux et sociaux 2005 à 2009.

2. La précarité en France

Concernant la précarité, il nous est difficile de la chiffrer. Selon notre définition, elle correspond à « l'absence d'une ou plusieurs sécurités ». Cet enchaînement de situations échappe donc aux enquêtes conçues pour chiffrer la proportion d'individus pauvres ou de ménages selon un critère donné. Cependant, afin de cerner le phénomène de précarisation, nous nous attacherons à développer certaines situations d'exclusion notamment à travers la situation familiale, le mal logement, l'emploi et les minima sociaux.

(1) La pauvreté au sein du foyer

Les personnes vivant au sein d'une famille monoparentale sont particulièrement touchées par la pauvreté. Près d'un tiers de ces personnes sont pauvres au sens monétaire, soit une proportion 2,3 fois plus élevée que dans l'ensemble de la population. Entre 2005 et 2009, le taux de pauvreté des familles monoparentales a augmenté, passant de 29,7 % à 30,9 %.

Les familles nombreuses sont également plus exposées : parmi les personnes vivant au sein d'un couple avec au moins trois enfants, 21,2 % sont confrontées à la pauvreté en 2009, contre 19,7 % en 2008.

Les personnes seules sont plus touchées que la moyenne par la pauvreté : elles ne bénéficient pas des économies d'échelle que procure la vie en couple, ni de la possibilité d'un revenu supplémentaire apporté par le conjoint.

(2) Le mal logement

Parmi les 3,6 millions de personnes confrontées à une problématique aiguë de mal logement, on recense tout d'abord 685 000 personnes privées de domicile personnel. Dans une publication datant de janvier 2011, l'INSEE estime à 133 000 le nombre de personnes sans domicile en France métropolitaine au début des années 2000.

Parmi elles, 33 000 personnes dorment habituellement dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune) ou des centres d'hébergement d'urgence ; 66 000 personnes sont accueillies dans les établissements sociaux de long séjour et 34 000 personnes dans des dispositifs d'hébergement financés par l'aide au logement temporaire (ALT).

La Fondation Abbé Pierre y ajoute une partie des personnes accueillies dans les résidences sociales, (soit celles qui occupent les 18 116 places disponibles en 2010 en résidences sociales), lesquelles ne sont pas comptabilisées par l'INSEE.

Parmi les 685 000 personnes souffrant d'une absence de logement figurent également toutes celles qui ont recours à des formes d'habitat extrêmement précaires : baraques de chantier, logements en cours de construction, locaux agricoles aménagés... En 2006, le recensement de la population indique que 85 000 personnes résident dans ces « habitations de fortune », qui renvoient pour les trois quarts à des constructions provisoires ou des mobil home (sans possibilité de mobilité). Le recensement de la population a permis également d'établir à 38 000 le nombre de personnes vivant à l'année dans des chambres d'hôtel le plus souvent dans des conditions d'habitat très médiocres (absence de sanitaires, aucune installation permettant de faire la cuisine...). (13)

Certes, la misère d'aujourd'hui n'est pas aussi dramatique que celle des années 50. Notre pays s'est enrichi et les conditions de logement se sont heureusement améliorées. Mais les associations d'aide aux plus démunis mettent en évidence des situations dramatiques dans lesquelles vivent des milliers de personnes.

(3) La précarité de l'emploi

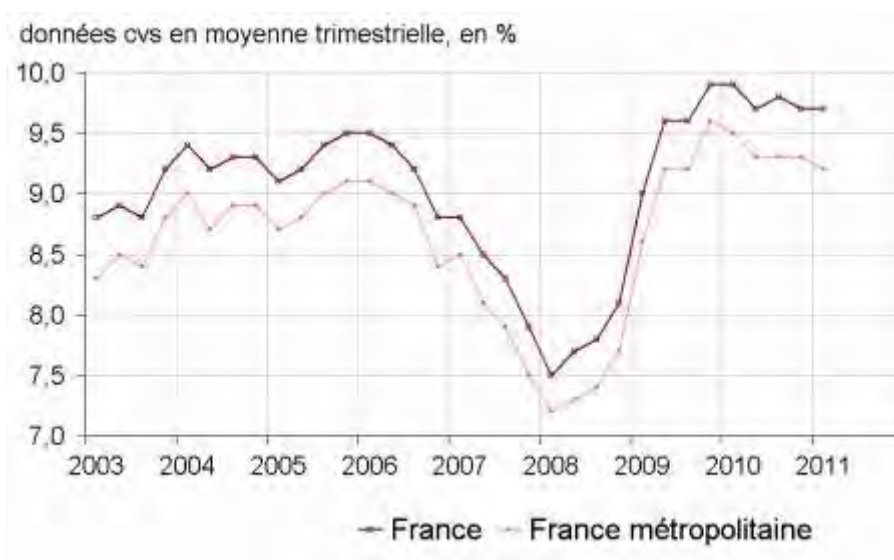
Plus d'un tiers des chômeurs sont pauvres contre 7,4 % des personnes en emploi (actifs occupés). Parmi ces derniers, la pauvreté touche davantage les non-salariés (elle concerne 16,9% d'entre eux) que les salariés (6,3 %).

La crise économique a conduit à une hausse du chômage qui a touché toutes les catégories d'actifs occupés. De nombreuses personnes qualifiées et depuis longtemps en emploi se sont notamment retrouvées au chômage : ces chômeurs, mieux indemnisés, ne sont pas en situation de pauvreté.

Bien que le nombre de chômeurs pauvres augmente en 2009, le taux de pauvreté global des chômeurs diminue légèrement. Les chômeurs restent cependant la catégorie la plus exposée.

Le taux de pauvreté des inactifs est de 15,5 %. Au sein des inactifs, les retraités sont moins exposés à la pauvreté (9,9 %). (14)

Evolution du taux de chômage



Au 3 septembre 2011, le revenu de solidarité active (RSA) est versé par les caisses d'Allocation familiales (Caf) à environ 2.01 millions d'allocataires résidants en France entière. En se limitant à la France métropolitaine le nombre de bénéficiaires du RSA s'élève à environ 1.82 million de foyers, avec une augmentation de 3% entre septembre 2010 et septembre 2011. (15)

La précarité dans l'emploi frappe d'abord les plus jeunes : 34 % des actifs occupés de 15 à 29 ans occupent un contrat à durée déterminée (CDD), contrats aidés ou stages, contre 9 % des

30-49 ans. Leur inexpérience, mais aussi leur arrivée dans une période plus difficile où chacun s'accroche à son emploi explique en partie cette précarité dans l'emploi.

Même avec des salaires inférieurs, l'entrée dans le monde du travail reste un parcours d'obstacles, souvent fait de stages nombreux et de longues périodes de précarité.

La situation vécue par les jeunes générations est beaucoup plus difficile que celle des plus anciennes : les moyennes, tous âges confondus, masquent ce phénomène massivement inégalitaire. (16)

(4) Les minima sociaux

Au 31 décembre 2009, 3,5 millions de personnes sont allocataires de l'un des onze minima sociaux, qui permettent d'assurer à une personne ou à sa famille un revenu minimum.

(Annexe 1)

En incluant les conjoints, enfants et autres personnes à charge, 9,5% de la population en France (6,1 millions de personnes) est couverte par ces dispositifs.

Les évolutions des effectifs sont en grande partie liées aux cycles économiques ainsi qu'aux changements de réglementation concernant les minima sociaux eux-mêmes ou d'autres dispositifs comme l'indemnisation du chômage.

Sur les vingt dernières années, le pouvoir d'achat des minima sociaux a peu évolué. (17)

II. Précarité et accès à la santé

A. Les systèmes d'aide sociale pour la couverture maladie

Dans un premier temps, seules les associations humanitaires ont pris en charge les malades en situation de précarité et témoigné de leur exclusion sanitaire.

Depuis le début des années 90, des initiatives de terrain au sein des hôpitaux se sont développées. Elles ont été confortées en 1998 par la Loi relative à la lutte contre les exclusions qui a servi de cadre pour la mise en place d'une politique nationale de santé. (18) Puis, la loi du 27 juillet 1999 a institué deux dispositifs en vue de généraliser la protection sociale de base et favoriser l'accès aux soins et à la prévention des plus démunis : la CMU de base et la CMU complémentaire. (19)

Avant la mise en place de la CMU, l'Aide Médicale Départementale permettait aux plus démunis l'accès à une couverture maladie. Elle était gérée par les Conseils Généraux qui en définissaient les conditions d'accès. Un certain nombre d'inégalités étaient apparues pour les populations les plus fragiles avec notamment une grande diversité départementale des barèmes de revenus.

1. La Couverture maladie universelle (CMU)

La Couverture maladie universelle est une prestation sociale d'accès à l'Assurance maladie pour tous. Elle est ouverte à toute personne résidant en France depuis plus de trois mois. Elle a été créée par une loi du 27 juillet 1999 et est entrée en vigueur le 1er janvier 2000. Le maintien dans les droits antérieurs pour les prestations en nature est de 12 mois (article R. 161-3 du code de la Sécurité sociale).

Les assurés sociaux au titre de la CMU de base ont exactement les mêmes droits que les autres assurés. La CMU de base donne ainsi droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux (prise en charge des soins en ville et à l'hôpital dans la limite des règles définies pour l'assurance maladie).

Aussi, avec la seule CMU de base (sans assurance complémentaire), le patient est redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier, c'est-à-dire la part non prise en charge par l'assurance maladie.

Le plafond annuel de ressources qui détermine la gratuité ou non de l'affiliation à la CMU de base est fixé à 9 164 euros par foyer pour la période du 1er octobre 2011 au 30 septembre 2012.

L'affiliation à la CMU de base est :

- Gratuite si le revenu fiscal de référence est inférieur à 9 164 euros, s'il est allocataire du revenu de solidarité active (RSA) socle ou si la CMU complémentaire lui est déjà accordée.
 - Payante si le revenu fiscal de référence est supérieur à 9 164 euros.
- Il devra alors payer chaque trimestre à l'URSSAF une cotisation dont le montant s'élève à 8 % du montant de son revenu fiscal dépassant le plafond. (20)

Au 30 septembre 2011, 2,2 millions de personnes bénéficiaient de la CMU de base.

2. La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La CMU-C permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite (sans cotisation). Elle permet à ses bénéficiaires d'obtenir un accès gratuit aux médecins ou à l'hôpital, sans dépense à charge et sans avance de frais (pas de ticket modérateur).

Tous les bénéficiaires du RSA socle, ainsi que chaque membre du foyer ont droit à la CMU-C.

La CMU-C prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultations et prescriptions) ou à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique).

Les soins sont pris en charge à 100 % en tiers payant et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la sécurité sociale.

Le parcours de soins s'applique à l'ensemble des assurés, y compris aux bénéficiaires de la CMU-C. Aussi, le non-respect du parcours de soins coordonné entraîne les mêmes pénalités pour le bénéficiaire de la CMU-C (moindre taux de remboursement).

3. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) consiste en une aide financière pour souscrire un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Cette aide concerne toutes les personnes dont les ressources sont faibles mais légèrement supérieures au plafond ouvrant droit à la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

L'assurance maladie donne à l'assuré une attestation chèque qu'il doit présenter à la complémentaire santé de son choix. Le montant de l'aide est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Il varie en fonction de l'âge et du nombre de personnes composant le foyer couvert par le contrat.

4. L'Aide Médicale de l'Etat (AME)

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) est un dispositif de prise en charge des soins pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un plafond identique à celui exigé pour bénéficier de la CMU-C (634 euros mensuels pour une personne seule, 951 euros pour deux personnes). L'AME a pris effet au 1er janvier 2000 et remplace l'ancienne Aide Médicale Gratuite qui était gérée par les départements. (21)

Il existe deux types d'AME : l'AME « de droit commun », réservée aux étrangers irréguliers présents depuis au moins trois mois en France, et qui représente 89% des demandes ; et l'« AME humanitaire » qui concerne les soins des personnes en situation irrégulière gardées à vue ou en rétention administrative.

B. La loi de lutte contre les exclusions du 31 juillet 1998, les PRAPS, les PASS, les dispositifs et les structures associatives

L'article premier de la Loi de lutte contre les exclusions, votée le 31 juillet 1998 stipule que « La lutte contre l'exclusion est un impératif national fondé sur le respect de l'égale dignité de tous les êtres humains et une priorité de l'ensemble des politiques publiques de la nation ».

Son but est de « garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans le domaine de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance ».

Selon l'article 67, « l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé » et ainsi l'article 71 prévoit la mise en place, dans chaque région, de Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins, les PRAPS. (18)

1. Les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins

Les Programmes d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) sont la traduction opérationnelle de la loi de lutte contre les exclusions. Ils ont pour vocation de faciliter la mobilisation et la coordination des différents acteurs (service d'état, collectivités locales, associations...) autour de priorités régionales définies à partir d'une analyse des besoins et des actions déjà existantes.

Concrètement, en améliorant l'accès aux soins des populations en situation précaire aux dispositifs de prévention, de soins, et en assurant la qualité de leur prise en charge sanitaire et sociale, le PRAPS doit contribuer à la réduction des inégalités sociales en matière de santé et ainsi améliorer le niveau de santé général de la population.

Le PRAPS comporte des actions coordonnées de prévention et d'éducation à la santé, des actions de soins, de réinsertion et de suivi. Elles sont mises en œuvre dans chaque département, sur une première période de trois ans. Ces actions ont pour objectif d'améliorer la santé des personnes démunies. (24)

Il est à l'origine d'actions concrètes visant à rapprocher les intervenants du secteur de la santé et ceux du secteur social.

Ils prennent en compte à la fois la dimension préventive et la dimension curative des inégalités d'accès à la santé. Ils visent notamment à développer des réseaux médico-sociaux de prise en charge et de suivi des personnes en situation de précarité ainsi que des actions spécifiques dans les domaines comme la santé mentale, la prévention des dépendances ou la prise en charge des pathologies chroniques chez les personnes en situation de précarité. (25)

2. Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Les PASS sont des dispositifs de prise en charge médico-sociale intégrés à l'hôpital public, résultant de la loi du 29 juillet 1998, relative à la lutte contre les exclusions. (18)

En effet, les hôpitaux publics ou établissements privés participant au service public hospitalier ont intégré dans leurs missions, l'accès aux soins des personnes les plus démunies et la lutte contre l'exclusion sociale. La circulaire du 17 septembre 1993 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies est destinée à « implanter dans les locaux hospitaliers une cellule d'accueil spécialisée pouvant aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leur droit ».

Suite à cette circulaire, la loi du 29 juillet 1998 conforte cette disposition d'accueil médico-social : « l'objectif poursuivi consiste à mettre en réseau les professionnels du champ sanitaire et social, hospitalier, libéral, ainsi que les professions chargées de l'insertion afin d'offrir aux populations des lieux visibles d'accueil, d'information, de prévention, d'orientation, de soins ». Le but est donc, par l'accueil et l'aide dans les démarches de reconnaissance de leurs droits, de faciliter l'accès au système de santé des personnes en situation précaire, tout en préservant un accès aux soins dans les mêmes conditions que l'ensemble de la population.

Il appartient aux établissements de santé de garantir « l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent », de veiller « à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. A cette fin, ils orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation ». (Article L.6112-2 du CSP)

A ce jour, près de 400 permanences d'accès aux soins de santé sont implantées en France : pour la plupart dans les centres hospitaliers disposant d'un service d'urgences pour un objectif initial de 300 PASS.

On dénombre 18 PASS en Lorraine.

3. Les dispositifs

a) Les Centres Hébergement de Réinsertion Sociale (CHRS)

Les CHRS offrent actuellement une capacité de plus de 32 000 places d'hébergement dont 3000 sont plus particulièrement destinées à l'accueil en urgence.

Une centaine de CHRS sur les 800 actuellement ouverts, participent d'une façon ou d'une autre à l'organisation de la veille sociale départementale, à travers la gestion des 115 (SAMU social), d'équipes mobiles ou encore d'accueils de jour.

En 2005, ils ont accueilli plus de 140 000 personnes dont des familles avec enfants pour une proportion de près de 40 %. 58 % des personnes hébergées ont plus de 26 ans, et 23 % ont entre 18 et 25 ans. (26)

En moyenne, les personnes accueillies hors hébergement d'urgence restent environ 137 jours. 52 % des personnes hébergées en CHRS d'insertion ont pu être orientées en 2005 dans un logement.

Principales Missions :

- Accueil, notamment dans les situations d'urgence et hébergement (de l'urgence à la réinsertion sociale)
- Soutien et/ou accompagnement social
- Veille sociale
- Adaptation à la vie active et insertion par l'activité professionnelle

A la mi-mars 2007 en Lorraine, on dénombre 1734 places en CHRS. Ces établissements sont surtout implantés dans les grandes agglomérations, celle de Nancy compte 42% des places installées en région. (27)

b) Les Centres d'hébergement d'urgence

Les centres d'hébergement d'urgence sont des établissements non conventionnés à l'aide sociale qui assurent la mise à l'abri sans discrimination de toute personne ou famille dépourvue d'un toit. Il y avait environ 22 000 places d'urgence en 2007 (avant la mise en œuvre du PARSA) dont 9000 en places d'hôtels.

c) Les maisons relais

Devant le constat des difficultés d'accès à un logement autonome pour des personnes rencontrant des difficultés économiques et sociales, auxquelles s'ajoutaient des problématiques personnelles d'isolement ou d'exclusion, il a été créé les maisons relais en 2002.

Cette formule de logements alternatifs répond à la nécessité de créer ou de recréer du lien social. La conception même des maisons relais, en petites unités de 15 à 25 logements, avec la présence quotidienne d'un hôte (ou d'un couple d'hôtes) qui leur porte une attention personnalisée, facilite l'instauration de ce lien, en même temps qu'elle offre un environnement sécurisant et chaleureux. (25)

d) Les résidences d'accueil

Le comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) le 12 mai 2006 a décidé, dans le cadre de la recherche de solutions de logement adapté pour les personnes ayant un handicap psychique, la mise en place d'une expérimentation.

Il s'agit par ce programme qui relève du champ du logement social de proposer une offre de logements adaptés, avec trois caractéristiques essentielles : la présence d'un hôte, un accompagnement social formalisé par des conventions et un accompagnement sanitaire, lui aussi formalisé par des conventions, notamment avec le secteur psychiatrique. (25)

e) Les lits halte soins santé (LHSS)

Crée en 2005 suite à la décision du Comité interministériel de lutte contre les exclusions (CILE) du 6 juillet 2004, le dispositif lits halte soins santé constitue un service médico-social au sens de l'article L. 312-1 9° du code de l'action sociale et des familles.

En l'absence de domicile, les lits halte soins santé permettent aux personnes de « garder la chambre », de recevoir des soins médicaux et paramédicaux, qui leur seraient dispensés à domicile s'ils en disposaient.

Ils constituent « une modalité de prise en charge globale articulant fortement une dimension sociale avec hébergement temporaire, en un lieu spécifique ou non, de personnes sans domicile, quelle que soit leur situation administrative, et une dimension de soins et de prévention ». Ce dispositif ne se substitue à aucune catégorie de structure sanitaire, médico-sociale ou sociale existante et ne doit pas être dédié à un type de pathologie donnée.

En 2007, 470 lits ont été créés. (25)

f) Equipes mobiles de psychiatrie

Le CILE du 6 juillet 2004 a prévu de définir et de développer les équipes mobiles de psychiatrie. L'objet de ces équipes est d'intervenir tant auprès des personnes en situation de précarité et d'exclusion qu'auprès des personnes travaillant auprès d'elles, là où se trouvent les personnes en difficulté : rue (en équipe de maraude) lieux d'accueil social ou d'hébergement ... En 3 ans, 70 équipes mobiles de psychiatrie ont été créées ou renforcées. (25)

4. Les structures associatives

Elles sont nombreuses et il serait impossible d'en présenter ici une liste exhaustive. Nous ne citerons que les plus connues.

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

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

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

Depuis, Médecins du Monde s'engage à soigner les populations les plus vulnérables, à travers 104 programmes dans 29 villes, 82 actions mobiles d'accès à la prévention et aux soins dans 24 villes et 21 Centres d'Accueil de Soins et d'Orientation (CASO). (28)

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

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

Ses missions :

- Témoigner des entraves constatées quant à l'accès aux soins
- Obtenir des améliorations durables des politiques de santé et des pratiques médicales afin d'obtenir un égal accès aux soins pour tous.

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

b) ATD (Agir Tous pour la Dignité) Quart Monde

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

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

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

Elle propose également de la formation auprès des professionnels (Santé - Enseignement), et mène une action médiatique visant à créer un courant d'opinion, interpeller les partenaires sociaux, les associations, les églises, les instances locales et nationales. (29)

c) Autres exemples d'associations

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

III. Santé et précarité : les inégalités sociales de santé

A. Définition de la santé

Depuis 1946, la santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne correspond pas seulement à l'absence de maladie ou d'infirmité ». (30)

Dans cette définition, la santé est donc un but à atteindre. Elle est liée à la notion de qualité de vie, c'est-à-dire à la perception qu'a un individu de sa place dans la société, en relation avec le système de valeurs dans lequel il vit, en adéquation avec ses normes, ses attentes.

A cette définition, s'ajoute la chartre d'Ottawa de 1986 qui redéfinit la santé comme « une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.

La chartre poursuit en examinant les conditions indispensables à la santé : « La santé exige un certain nombre de conditions et de ressources préalables, l'individu devant pouvoir notamment : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable des ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable ».

La chartre d'Ottawa permet d'affirmer l'importance de l'environnement social dans le domaine de la santé : « La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de vie ». (31)

Par conséquent, la santé est nécessaire à l'épanouissement des personnes. Elle est un facteur de lutte contre la précarité par action sur la personne et son environnement.

B. Les inégalités sociales de santé : le cumul des risques

1. Etat de santé des personnes précaires

Le lien entre la situation sociale et de multiples aspects de l'état de santé (comportements à risque, incidence et pronostic de nombreuses pathologies, modalités de la prise en charge, mortalité, accès à la prévention) est à présent bien établi dans la littérature scientifique, notamment en France.

L'état de santé globale s'est amélioré de façon incontestable dans les pays industrialisés.

L'espérance de vie est en constante amélioration, ainsi que l'espérance de vie sans incapacité. En revanche, l'état de santé individuel quelle que soit l'origine ou l'appartenance sociale ne bénéficie pas de la même évolution. Depuis la seconde guerre mondiale, non seulement les inégalités persistent, mais elles ne cessent de s'aggraver.

Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Selon l'étude publiée par l'INSEE en 2005, il existe une différence de 7 ans à 35 ans pour les hommes entre cadres et ouvriers, alors que celui des femmes demeure beaucoup plus modéré avec un écart de mortalité par sexe et âge de 3 ans.

Les auteurs expliquent ces différences de mortalité entre catégories socioprofessionnelles par cumul de différents facteurs notamment liés aux conditions de travail (rythme décalé, exposition à des toxiques, accident de travail,...) et au mode de vie (accès limité à la santé, alimentation déséquilibrée, consommation d'alcool et de tabac,...). (32)

Ces inégalités sociales face à la santé sont particulièrement marquées pour les populations les plus vulnérables. Ainsi, l'espérance de vie des personnes à la rue, sans domicile fixe, est d'environ 45 ans, d'après les quelques données disponibles. (33)

Elles apparaissent précocement puisque dès l'école on détecte des différences dans la prise en charge des troubles de la vue, des caries dentaires et dans l'évolution du surpoids.

La surcharge pondérale constitue un miroir des inégalités sociales dès le plus jeune âge. Selon les données recueillies de 2005-2006, parues dans le BEH (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire) en 2011, 13,9% des enfants de 6 ans dont le père est issu de la catégorie socioprofessionnelle « ouvrier » présentent une surcharge pondérale et 4.3% une obésité ; contre respectivement, 8.6% et 1.2% des enfants de 6 ans dont le père est cadre. (34)

Les inégalités sociales de santé concernent l'espérance de vie mais également toutes les dimensions de la santé. Il s'y ajoute des inégalités de qualité de vie, conséquences de diverses incapacités.

Le gradient des inégalités suit de façon continue le gradient des divers indicateurs socio-économiques, culturels, environnementaux et le niveau d'étude. (35)

2. Les déterminants sociaux de la santé

a) Trois grandes familles de déterminants selon le rapport du Haut Comité de Santé Publique (HCSP) de 2009

Le rapport du HCSP paru en décembre 2009 évoque trois grandes familles de déterminants de l'état de santé d'une population participant à la genèse des inégalités sociales de santé. (35)

(1) Les déterminants socio-économiques

Selon ce rapport, les causes à l'origine des inégalités de santé sont à rechercher dans de nombreux autres domaines que celui de la santé. L'éducation, l'accès à l'emploi et les conditions de travail, l'âge de la retraite, la politique du logement, l'intégration sociale sont des facteurs qui influencent les modes de vie et les comportements de santé et indirectement l'état de santé.

(2) Les comportements

On distingue dans le rapport : « les causes proximales, les comportements des individus, des causes fondamentales, le contexte favorisant ou non dans lequel ces comportements

s'insèrent. Cette approche souligne le caractère social et pas seulement individuel des comportements de santé. »

L'exemple du rôle de la consommation de tabac et d'alcool, associée aux expositions professionnelles dans l'augmentation des cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures y est développé. On comprend l'intrication de phénomènes complexes où il faut prendre en compte d'autres paramètres déterminants comme les législations sur les messages publicitaires, les prix de vente du tabac et de l'alcool, ou les conditions de vie stressantes qui peuvent conduire au tabagisme dans cet exemple.

(3) Le système de soins

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

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

b) Les déterminants sociaux de la santé selon l'OMS

A l'initiative du Centre pour la Santé Urbaine du bureau régional de l'OMS pour l'Europe, le document « Les déterminants sociaux de la santé, Les Faits » a été publié. (36)

Dans ce texte, Richard Wilkinson et Michael Marmot exposent dix déterminants sociaux de la santé, résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1. Déterminants sociaux de la santé selon l'Organisation mondiale de la santé ²³	
Déterminants sociaux	Impact(s) sur la santé
1. Gradient social	Les personnes situées au bas de l'échelle sociale sont très fréquemment exposées au risque de maladies graves ou de décès prématuré
2. Stress	Les facteurs psychosociaux associés au stress (anxiété, sentiment de vulnérabilité, mauvaise opinion de soi-même) ont des effets cumulatifs avec le temps et entraînent une dégradation de la santé mentale en particulier
3. Petite enfance	Les fondements de la santé de l'adulte prennent ancrage lors de la période prénatale et de la petite enfance
4. Exclusion sociale	L'exclusion sociale peut à terme avoir un impact sur les risques de séparation – divorce/demandes d'invalidité/ et comportements à risque
5. Travail	Le stress au travail, un faible niveau d'autonomie, la charge de travail, une valorisation inadéquate, sont autant d'éléments pouvant avoir un impact sur l'état de santé, en termes de morbidité mais aussi de mortalité prématurée
6. Chômage	Les effets délétères sur la santé peuvent s'initier dès que le travailleur sent que son emploi est menacé. Des maladies prolongées ou un état de santé mental déficient sont plus importants lorsque l'emploi est précaire ou lors de chômage par rapport à une situation d'emploi stable et satisfaisante
7. Soutien social	Lors d'isolement et d'exclusion, des taux plus élevés de décès prématurés notamment d'origine cardiaque ont été mis en évidence
8. Dépendances	Se réfugier dans l'abus de substances (tabac, alcool, drogues illicites) a pour impact notamment d'accroître les inégalités de santé
9. Alimentation	Bien qu'un régime alimentaire équilibré et un approvisionnement suffisant en denrées alimentaires soient essentiels pour un état de bonne santé et de bien-être, l'accessibilité à de telles denrées est très variable
10. Transports	Toutes les démarches visant à éviter la sédentarité améliorent d'une façon générale l'état de santé

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

Le milieu et l'environnement sont donc bien ce qui explique l'accroissement ou la diminution des écarts de santé entre groupes sociaux au fur et à mesure de la situation économique et sociale.

IV. Le patient précaire et l'usage du système de soins

Nous exposons dans cette partie nos recherches à propos du patient précaire et son usage du système de soins.

Ceci nous permettra par la suite de comparer les résultats de notre étude concernant les freins à la consultation en soins primaires pour les patients en situation de grande précarité à ceux de la littérature.

A. Le renoncement aux soins par manque de moyens

Dans cette première partie, nous étudierons les déterminants du renoncement aux soins en insistant sur les rôles de la situation sociale, de la couverture complémentaire et du prix des soins.

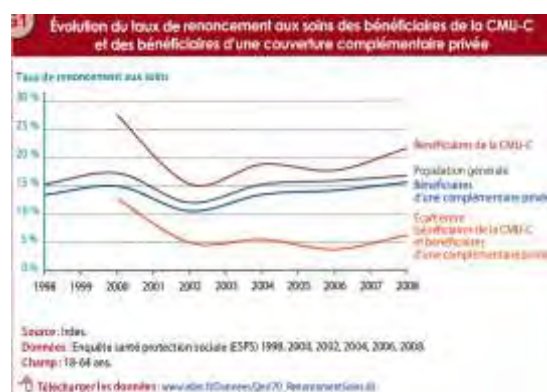
1. Le renoncement financier aux soins en France

A la différence du non recours qui correspond à un besoin avéré médicalement mais non traité, le renoncement se définit par un besoin de soin exprimé mais non satisfait.

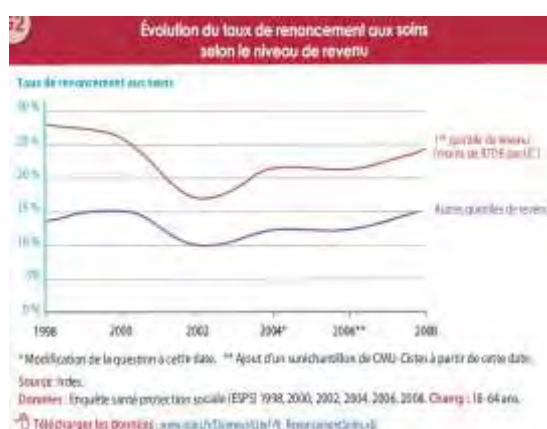
Nous allons étudier l'état des lieux du renoncement aux soins par manque de moyen financier.

Le taux de renoncement à des soins pour raisons financières augmente entre 1998 et 2000 et chute ensuite fortement de 2000 à 2002 (Graphique 1). Depuis, il apparaît en augmentation et est quasiment revenu en 2008 à son niveau de 2000. À toutes les périodes, les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu par unité de consommation renoncent davantage à des soins que les autres (Graphique 2).

Graphique 1



Graphique 2



De même, le taux de renoncement des bénéficiaires de la CMU chute fortement entre 2000 et 2002, reflétant la mise en place progressive du dispositif. Il remonte ensuite jusqu'en 2008, comme pour les autres catégories de population.

L'écart entre bénéficiaires de la CMU et personnes protégées par une complémentaire reste statistiquement constant à partir de 2002.

L'enquête 2008 de l'IRDES révèle que 15.4% des français âgés de 18 ans et plus déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité. Il concerne 10 % de la population, devant l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins (3,4 % généralistes et spécialistes confondus). (37)

Parmi ceux qui renoncent aux soins pour raisons financières, 32% n'ont pas de couverture complémentaire. Ces difficultés peuvent s'expliquer en partie par la difficulté à faire valoir ses droits pour cette population.

L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France. Les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire.

Quand l'état de santé se dégrade, qu'il soit approché par l'état de santé déclaré, par le fait d'être en affection longue durée (ALD) ou par la santé dentaire ou visuelle, la proportion de personnes renonçant à des soins augmente dans des proportions importantes. Ce résultat s'explique par le niveau du reste à charge. Il traduit sans doute aussi que le renoncement suppose un besoin de soins : quand les besoins sont plus forts, les choix à faire en matière de santé sont plus nombreux et le risque de renoncer augmente.

Le renoncement déclaré concerne aussi davantage les soins curatifs que les soins préventifs.

Une étude menée par P. Ricci nous permet d'apprécier le niveau des restes à charge pour les bénéficiaires de la CMU-C ayant recours aux soins en 2010. Parmi eux, 74% n'ont aucun reste à charge. Les 26% des bénéficiaires de la CMU-C qui ont un reste à charge sont plus âgés et ont recours à des soins plus importants. Les restes à charge sont composés pour 64% d'optique, 15% d'honoraires et 13% de soins dentaires.

Sachant que le taux de renoncement des personnes ayant la CMU-C est de 22% en 2008, que serait-il en l'absence de CMU-C ?

2. Les facteurs socio-économiques du renoncement aux soins

L'étude de l'IRDES publiée en novembre 2011, fait apparaître la nature complexe de l'accès financier aux soins qui ne se résume pas à la question de la prise en charge financière des soins même si elle y contribue fortement.

Les effets socio-économiques de long terme à travers les dimensions de précarité jouent particulièrement sur le renoncement aux soins. On caractérise les expériences de difficultés au cours de la vie (financières, inactivité, isolement, absence de logement fixe), la situation

présente ou récente (difficulté financières, temps partiel subi, chômage) et la perception du future proche (crainte de perdre son emploi, de se retrouver sans soutien).

Les expériences de précarité passée, présente mais aussi anticipée jouent sur l'accès aux soins, ceci même quand le revenu et les autres variables socio-économiques sont prises en compte. En additionnant ces dimensions, nous construisons un score de précarité qui permet d'identifier un effet cumul de ces dimensions de précarité sur l'accès financier aux soins.

Ce cumul de vulnérabilités sociales apparaît alors comme le facteur du renoncement aux soins le plus important.

B. Le recours moindre aux spécialistes et plus fréquent à l'hôpital

L'étude publiée par la DREES en 2004 révèle que parmi les usagers des centres d'hébergement et de distribution de repas chauds, la fréquence des consultations au cours des douze derniers mois est comparable à celle de la population générale (à sexe et âge égaux) : 84% avaient consulté au moins une fois et la moyenne s'élève à huit consultations par an.

Si ce recours à des consultations paraît non négligeable, il semble en fait correspondre à une sous-consommation de soins au regard des problèmes de santé plus fréquents de ce groupe de population. On remarque de surcroît que les plus démunis consultent avec un état de santé plus dégradé (nombre de pathologies), suggérant en fait un retard dans le recours aux soins par rapport au reste de la population.

L'utilisation des systèmes de soins apparaît en outre «typée» selon la situation sociale. Les moins favorisés ont des dépenses plus importantes de soins hospitaliers, moindre de soins dentaires et de consultations médicales, ces dernières étant en moindre proportion des consultations de spécialistes. (38)

Dans son étude sur les inégalités d'accès et de recours aux soins, M. Grignon suggère que la surconsommation de soins hospitaliers est due à une sous-consommation préalable de soins ambulatoires, exprimant là encore un état de santé plus dégradé du fait d'une consultation tardive et d'urgence aux systèmes de soins.

Mais outre un état de santé plus dégradé parmi les plus démunis, le recours à l'hospitalisation peut aussi résulter d'un besoin de prise en charge globale de patients dont les conditions de vie menacent l'efficacité des soins prodigués ou prescrits. Les hospitalisations seraient alors

d'une durée plus longue à pathologie égale pour des patients démunis, comme le montre une étude menée par A. Tursz.

Les hospitalisations pourraient aussi être plus systématiquement choisies comme mode de recours aux soins. Une étude montre ainsi que les patients les plus démunis d'un centre d'alcoologie évoquent plus fréquemment que les autres patients les soins en hôpital comme solution à leur problème. (39)

L'hôpital facilite aussi l'accès à des consultations de spécialistes, par exemple en psychiatrie, peu sollicités en médecine libérale par les plus démunis malgré leurs besoins.

Le recours aux urgences hospitalières pour des soins non urgents constitue aussi un indicateur de ce choix fait plus fréquemment par les plus défavorisés. Le manque de ressources, de couverture maladie ou de médecin traitant et la méconnaissance de la gravité du problème de santé apparaissent déterminants pour ce type de recours. (38)

C. Rapport à la santé et aux soins

La fréquentation des structures de soins dépend de la couverture sociale et des moyens financiers mais également de facteurs individuels et collectifs non négligeables.

1. Les rapports à la maladie

Consulter un médecin pour une maladie suppose tout d'abord de ressentir une sensation et de l'interpréter comme un symptôme morbide nécessitant une intervention ou un traitement. Cela suppose aussi de reconnaître à la médecine la capacité de traiter ce symptôme.

La culture influence les représentations du corps et l'attention qui est portée aux signes corporels. Elle module également les réactions, les significations données à l'expérience douloureuse. Les conditions de vie façonnent également le rapport au corps par l'usage qui en est fait. Nombreux qui travaillent auprès de personnes sans domicile fixe ou toxicomanes, notent chez elles un seuil très élevé de tolérance à la douleur et au désordre physique. On comprend alors qu'un même symptôme donne lieu à un recours aux soins différents.

D'une manière globale, les systèmes de représentation de la maladie renvoient au rapport de l'homme à la société. Le sens même de l'expérience de la maladie, ainsi que la manière de la vivre prennent racine dans les relations de la personne à son milieu social.

Le rapport aux soins, à la maladie et au corps se construit aussi en fonction du degré d'adhésion au discours médical. L'école et le milieu social transmettent en partie cette culture scientifique, acquise aussi à travers les médias et la consultation médicale. Il a ainsi été démontré que les personnes appartenant aux groupes sociaux plus favorisés intégraient mieux le discours médical par notamment une meilleure transmission de la connaissance du médecin au malade.

En revanche, plusieurs études mettent en évidence que les membres des catégories sociales défavorisées prêtent moins d'attention aux différents symptômes, sont moins informées sur les maladies et les circuits de soins, et font preuve d'un plus grand scepticisme envers la médecine. (40)

Ces déterminants du recours sanitaire ne sont pas figés, ils sont susceptibles d'évoluer en fonction de chaque trajectoire individuelle.

L'altération du statut social peut participer à modifier les représentations de santé. Différentes études ont montré que les personnes, particulièrement dans le milieu populaire, définissent le corps comme force de travail et la santé comme un état permettant de travailler. On peut alors imaginer que le chômage de longue durée implique chez elles une reconstruction de l'image du corps et une modification du rapport à la maladie.

Le statut même de malade globalement déprécié dans une société où l'homme est défini principalement comme producteur, peut permettre à d'autres d'obtenir un statut reconnu, parfois moins dévalorisant que le statut d'assisté. (40)

2. Les rapports aux structures de soins

Les personnes en situation de précarité vivent généralement avec peu de moyens financiers ou l'absence de couverture sociale. Mal informées sur l'étendue de leurs droits, elles sont parfois amenées à utiliser des dispositifs de soins particuliers, de type associatif ou intégrés dans des structures publiques, qui leur permettent d'être soignées gratuitement et de recevoir une aide

pour l'attribution des droits sociaux. Mais parce que ces dispositifs concernent les pauvres, les exclus, ils stigmatisent d'autant plus ceux qui les utilisent.

Tant que le malade n'a pas réintégré le système de droits courants, son rapport aux soins ne peut être dissocié du système de l'assistance.

La fréquentation d'une structure médicale doit être inscrite dans une trajectoire individuelle. Elle se doit d'être adaptée sur le plan médical en termes de pathologie et de traitement et sur le plan social en termes de fréquentation d'institutions et de bénéfice de mesures d'aide sociale.

Les modes de fréquentation des structures et les relations qui y sont établies représentent des éléments de stratégies élaborées dans le but de reconstruire une image de soi, de retrouver un statut social cohérent à ses propres valeurs.

Ces stratégies sont limitées, car elles doivent s'inscrire dans ce qui est acceptable pour l'institution sanitaire et son personnel. De plus, très peu de dispositifs acceptent d'accueillir les personnes démunies d'argent et de couverture maladie. Le choix de la structure fréquentée est donc souvent « un choix contraint », qui réduit les marges d'initiatives.

La fréquentation régulière d'un centre de soins peut conduire progressivement à l'émergence de nouveaux liens sociaux avec le service. Dans ce cas, l'assistance se transforme en aide pour certains patients qui cherchent au-delà de la prise en charge thérapeutique et sociale, une écoute et un soutien moral face à leurs difficultés. Parce que la frontière entre leurs problèmes médicaux et sociaux n'est pas bien définie, ces personnes se sentent plus à l'aise dans des dispositifs médico-sociaux, car elles proposent une prise en charge globale.

3. Le non recours aux soins

La question de l'accès aux soins est en général vue dans le sens restreint d'accès aux droits. Or, il faut distinguer accès théorique et accès réel comme utilisation effective et efficace des soins

Antoine Rode, dans son travail sur « le non-recours aux soins de santé chez les personnes précaires », met en évidence deux formes de renoncement aux soins. (39)

Le premier concerne l'image que la personne a d'elle-même. L'expérience de la précarité et celle de la maladie vont dans le même sens, avec un mécanisme de dévalorisation de soi. Le statut stigmatisant de malade ou encore le sentiment d'infériorité et de culpabilité face à une situation de précarité ont des conséquences sur le non recours, par le biais de l'isolement social, de la relation aux médecins et aux institutions.

Le second aspect du renoncement aux soins d'après A. Rode est celui du rapport au temps. Les expériences de la maladie et de la précarité trouvent des effets similaires sur la perception et l'usage du temps au quotidien, marqué par l'incertitude. Il s'agit d'une dimension retrouvée tout au long de l'itinéraire médical (de l'appréciation du symptôme, à l'observance thérapeutique). (41)

Une enquête est menée par l'IRDES sur l'approche socio- anthropologique du renoncement aux soins. Ce travail analyse le fait que des personnes malades ne sollicitent pas les services de soins, même en contexte de gratuité. 35 entretiens semi-directifs ont été menés principalement auprès de personnes aux conditions de vie marquées par la précarité. Les entretiens reposent sur la description par les intéressés de leur histoire de santé et de maladie et la manière dont elles avaient été prises en charge à différents moments de l'existence.

Le renoncement aux soins d'après l'enquête de l'IRDES témoigne de l'expression d'un choix, d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine. Ce refus peut porter sur des soins spécifiques ou autre forme de renoncement plus radicale, traduire un refus de se soigner. Ce caractère définitif suggère une perception de l'inutilité des soins, voire une attitude suicidaire.

Cette forme de refus peut relever d'un désintérêt. Certains évoquent une négligence en parlant d'eux-mêmes ou des autres, qui signe le rapport de l'individu à lui-même, « un faible souci de soi », une faible valeur attribuée à sa propre existence.

Le renoncement-refus peut se situer dans le registre de la défiance du pouvoir médical, particulièrement pour les catégories sociales vivant dans des conditions de vie précaires. Les patients peuvent alors se tourner vers d'autres formes de soins, notamment vers les médecines non conventionnelles. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une contestation, d'une critique explicite de la médecine conventionnelle et de ses modalités de prise en charge. (42)

V. Le médecin généraliste et la prise en charge des patients en situation de précarité

A. Le rôle du médecin généraliste

Comme nous l'avons vu précédemment, le contexte économique actuel fragilise une partie de plus en plus importante de la population.

Aujourd'hui le rôle et les missions du médecin généraliste doivent être restitués dans ce contexte. Le médecin généraliste doit répondre aux problèmes et besoins de santé des quartiers dans lesquels il exerce, et en particulier, à ceux des personnes et familles en difficulté.

Par sa gestion des soins primaires au quotidien, il se place en acteur de santé privilégié auprès de ses patients.

Nous reprenons ici les items caractérisant le rôle du Médecin Généraliste énoncés par la Société Européenne de Médecine Générale :

A) « La médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.

B) Elle utilise de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

C) Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

D) Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

E) Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

- F) Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- G) Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- H) Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- I) Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- J) Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- K) Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle. » (43)

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

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. »

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

“ Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail....que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque ”.

De plus, les patients en situation précaire requièrent souvent une prise en charge sociale au sein de la prise en charge médicale globale et il est de notre ressort de nous assurer que les

moyens de cette prise en charge sociale sont mis en œuvre, afin d'optimiser la santé de ces patients.

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

L'objectif est de ne pas cantonner une partie de la population dans une « médecine de pauvre » accueillant les exclus, les étrangers dans des dispositifs spécialisés ; mais de leur permettre l'accès au dispositif de droit commun pour bénéficier des soins primaires.

B. Les difficultés du médecin généraliste pour la prise en charge des patients en situation de précarité

Dans cette partie, nous nous sommes interrogés sur les obstacles à la prise en charge des patients précaires du point de vue des médecins généralistes.

1. Une répartition géographique inversement proportionnelle à la demande

Dans les zones économiquement défavorisées, les patients ont plus souvent des maladies chroniques, des facteurs de risque, des problèmes psychologiques et sociaux. Les médecins généralistes sont moins nombreux dans ces zones, alors que les besoins sont plus importants. Ils disposent également de moins de ressources humaines et techniques et ont une charge de travail plus élevée. La durée de consultation est inversement associée à la charge de travail du médecin généraliste et donc au niveau socio-économique local. On imagine alors que la priorité n'est pas à l'éducation thérapeutique, ni à la prévention quand l'accumulation des consultations est inévitable. (36)

2. Enquête de l'IRDES sur le refus de soins aux patients bénéficiaires de la CMU-C

L'objectif de cette étude était de mesurer le refus de soins de plusieurs catégories de praticiens libéraux à l'égard des bénéficiaires de la CMU et d'étudier les déterminants de ce refus.

Cette étude, commandée et financée par le Fonds CMU, a été réalisée en décembre 2008 et janvier 2009 par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) auprès d'un échantillon représentatif de médecins libéraux de secteur 1 et 2 (omnipraticiens, gynécologues, ophtalmologues, radiologues) et dentistes parisiens, soit 861 praticiens.

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

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

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

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

La lourdeur administrative était la raison la plus souvent invoquée.

La perte économique n'était pas explicitement mentionnée mais pouvait être inférée des discours prononcés. (44)

De même, J. Cogneau souligne dans son « Enquête sur les patients en situation de précarité vus en médecine générale » les obstacles financiers et administratifs ressentis par les médecins généralistes pour assurer l'accès aux soins primaires des patients précaires. Effectivement, le rapport matériel du paiement à l'acte n'est pas satisfaisant pour une prise en charge globale d'un patient présentant plusieurs problématiques.

De plus, la lourdeur administrative complique l'inclusion des patients dans le système de soins. Le médecin généraliste doit alors accompagner ses patients pour éviter toute rupture de soins.

3. Le cloisonnement de l'action sanitaire et sociale

Le patient en situation de précarité présente souvent de nombreuses problématiques en dehors du champ propre à la médecine, notamment sur le plan social, juridique et professionnel. Afin de donner une réponse globale à ces demandes complexes, le médecin généraliste doit alors avoir connaissance d'un réseau suffisant afin de créer des passerelles entre l'exercice libéral et la pratique médico-sociale.

Alors que le nombre d'intervenants sanitaires et sociaux n'a jamais été aussi important, chaque intervenant se plaint de son isolement et de son manque de moyens pour faire face à des situations complexes. D'après J. Lebas et P. Chauvin, « non seulement les champs sanitaires et sociaux s'ignorent trop souvent, mais chacun est traversé par ses propres fractures : l'hôpital ignore ce que fait le généraliste, qui ignore ce que fait la PMI ; l'éducateur mandaté par la justice ignore l'assistante sociale polyvalente de Secteur qui, elle-même, ignore les pratiques des Centres Communaux d'Action sociale, etc. Cette confusion a de multiples inconvénients. Son inefficience coûte cher ; elle met « l'usager malade citoyen » dans une position difficile (malgré de multiples interventions, souvent mal ciblées, ses besoins restent mal couverts) et décourage les intervenants qui ont toujours autant de mal à mobiliser les moyens nécessaires au déblocage d'une situation. » (40)

Les besoins de santé des patients en situation de précarité doivent être analysés dans toutes leurs dimensions médicales (somatiques et psychiatriques), sociales (logement, emploi), psychologiques et personnelles (image de soi, situation familiale).

C'est pourquoi il est nécessaire de renforcer la coordination des acteurs de la prise en charge, décroisonner les structures sociales, médico-sociales et sanitaires.

**Enquête : Les freins à la consultation en soins primaires pour
les patients en situation de grande précarité. Etude qualitative
par entretiens semi-dirigés**

I. Matériel et méthode

A. Intérêt pour le sujet

Interne en dernier semestre de novembre 2011 à avril 2012, notre dernier stage est un SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en autonomie Supervisée) avec pour thématique « la précarité ». Une vacation hebdomadaire est destinée à travailler au sein de la stabilisation du Grand Sauvoy, à Maxéville.

Le Grand Sauvoy est une association créée en 1920. Ses missions sont d'héberger des personnes en situation de précarité afin de favoriser leur réinsertion sociale et professionnelle. La structure gère un CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) de 45 places, un dispositif dit « de stabilisation » de 22 places et un dispositif hivernal ouvert du 1er novembre au 31 mars.

Au sein de la stabilisation, l'équipe d'encadrement est composée de cinq acteurs sociaux. La présence d'un interne de médecine générale est une première dans cette structure.

La stabilisation permet de loger un public très désocialisé, parfois à la rue depuis de nombreuses années, en rupture avec les structures d'accueil et de soins. L'état de santé souvent précaire, ajouté à des problématiques multiples, ne permet pas la resocialisation. Ce constat est le point de départ d'une collaboration médico-sociale, entreprise par le Dr Criton et l'équipe sociale du Grand-Sauvoy.

L'interne doit mener des actions de soins et de préventions en lien avec les différents acteurs médico-sociaux : médecins généralistes, médecins spécialistes et travailleurs sociaux. La première étape consiste à créer un lien de confiance, dans le but de les accompagner dans leur parcours de soins.

De façon concrète, des petits déjeuners « améliorés » avec l'interne sont proposés aux résidents le vendredi matin dans la pièce commune de la stabilisation, lieu de passage fréquenté.

Au cours de ce repas, un thème de santé préalablement choisi par les résidents est présenté par l'interne, accompagné par un acteur social. Durant ce semestre, sont échangés des sujets tels que le sommeil, les gestes de premiers secours, les mesures d'hygiène, le delirium tremens, la gale, les infections transmissibles, la mémoire.

Les interrogations sont multiples concernant notre mission face à un public très peu demandeur de soins contrastant avec un état de santé et d'hygiène médiocre. Vivre dans cet univers inconnu nous amène à nous documenter et à nous interroger sur leurs attentes envers le médecin généraliste.

Accompagnés par le Dr Di Patrizio, médecin coordonnateur de l'USER et du Dr Criton, nous avons élaboré notre sujet d'étude.

Une étude menée par C. Matz et I. Querrioux a observé les difficultés de prise en charge des médecins généralistes pour les patients précaires.

Nous avons voulu connaître le point de vue des patients en situation de précarité à propos de leurs difficultés à aller consulter en soins primaires.

Le choix de l'interne comme enquêteur est d'autant plus approprié que sa présence est hebdomadaire sur le terrain. Sa participation à la vie collective, par l'intermédiaire des ateliers d'échanges sur la santé, lui permet de gagner la confiance des résidents. Ses connaissances dans le domaine médical favorisent les échanges à propos de la santé. Sans être impliqué à l'histoire médicale du résident comme le médecin traitant, il a de ce fait une place privilégiée pour recevoir les confidences sur lesquelles nous allons nous appuyer pour traiter notre étude.

B. Choix de la méthode

Nous avons cherché à trouver des explications dans le faible suivi médical dont bénéficient les patients en situation de grande précarité et avons souhaité explorer les pensées des résidents à propos de leur santé et de leur suivi.

L'intérêt n'est pas d'être représentatif ou de faire des statistiques mais de découvrir l'état d'esprit des patients de la stabilisation du Grand Sauvoy vis-à-vis de leur santé et de leur suivi

par le médecin généraliste. L'enquête de terrain est donc étroitement circonscrite, spécifique car elle n'a pas vocation à donner des résultats généraux.

La méthode qualitative est la méthode de choix pour découvrir ces perceptions. L'écoute et la forme ouverte d'une discussion en face à face sont idéales pour permettre aux participants d'exprimer leur avis, leurs représentations sur un thème. (45)

Nous avons décidé de réaliser des entretiens individualisés semi-dirigés. Il est difficile de faire parler les résidents en groupe, car ils éprouvent des difficultés à s'écouter mutuellement. De plus, l'approche médicale de chacun est fortement imbriquée à son histoire personnelle. Il est donc important de préserver une confidentialité et un anonymat, afin de protéger leur intimité.

Les ouvrages, utilisés comme guides méthodologiques pour la réalisation de notre étude, sont le « Guide de l'enquête de terrain » de Stéphane Beaud et Florence Weber et « L'enquête et ses méthodes : l'entretien » par A. Blanchet et A. Gotman.

C. Population étudiée

1. Nombre d'enquêtés

Nul besoin de représentativité, donc nul besoin d'un nombre minimum de participants. « Une seule information donnée par l'entretien peut avoir un poids équivalent à une information répétée de nombreuses fois dans des questionnaires ». La finalité consiste à arriver à « saturation ». L'enquête est terminée quand un entretien n'apporte plus aucune idée nouvelle. Lors des premiers entretiens, certaines idées se répètent mais on trouve encore des visions nouvelles. La saturation est le moment où toutes les idées sont dites et où un entretien n'apporte rien de nouveau. Il est donc difficile de déterminer à l'avance le nombre de participants nécessaire, cela se décide au fur et à mesure des entretiens. (45)

Avec l'aide de nos directeurs de thèse, nous avons décidé de commencer par une dizaine d'entretiens. Douze entretiens ont été réalisés, les deux derniers n'ont pas apporté d'idée nouvelle, la saturation a donc été atteinte. Chaque entretien a été désigné par un nombre et chaque participant sera nommé par résident (R) suivi du numéro de l'entretien correspondant.

2. Choix des enquêtés

Sur le terrain, nous avons choisi d'interviewer les résidents disponibles après la séance collective d'échanges sur un thème de santé. Afin de ne pas bousculer le mode de vie des enquêtés et de rendre l'étude possible, aucun rendez-vous n'a été pris au préalable. Dès l'acceptation du résident à la demande d'entretien, celui-ci avait lieu dans le bureau des éducateurs, pièce voisine à la salle commune. Nous n'avons jamais eu à négocier un entretien, les résidents ont accepté d'échanger sur notre sujet sans difficulté.

La population étudiée répondait aux critères d'inclusion suivants :

- Fréquentation en cours du Grand Sauvoy
- Etre majeur,
- Lien établi avec l'interne par l'intermédiaire de l'atelier du vendredi matin, d'un échange informel, d'une consultation,
- Accepter un entretien :
 - D'une durée de 30 à 45 minutes maximum
 - Avec un enregistrement audio de l'intégralité de l'entretien (en vue de son interprétation ultérieure).
- Résidant maîtrisant la langue française pour éviter les biais de compréhension et de traduction.

La population étudiée répondait aux critères d'exclusion suivants :

- Le refus d'être interrogé
- Le refus d'un enregistrement audio,
- La non disponibilité pour un entretien de 30 à 45 minutes,
- L'incompréhension des questions posées,
- Un état d'ivresse ou de somnolence secondaire à la prise de toxiques au moment de l'entretien,
- Un comportement agressif.

Ainsi, nous avons interviewé 1 femme et 11 hommes, 10 résidents de la stabilisation et 2 résidents du CHRS.

Le tableau en annexe 3 regroupe l'ensemble des informations pour chaque résident.

D. Les entretiens

1. Organisation pratique : lieu et temps

Les entretiens, réalisés dans un des bureaux des éducateurs, ont permis aux résidents d'être plus à l'aise pour discuter et se livrer, car c'est un lieu qui leur est familier. Cette pièce a permis d'assurer la confidentialité grâce au maintien de la porte fermée. Les éducateurs présents ont été attentifs à ce qu'il n'y ait pas de dérangement. De plus, l'absence de bruit extérieur a permis un enregistrement de qualité des entretiens.

Notre travail de thèse a été présenté oralement à plusieurs reprises durant les échanges collectifs. A ce moment, nous les avons sollicités comme « aidant » à notre travail de fin d'étude.

En raison d'un rapport au temps « dans l'instant » que nous développerons par la suite, aucun rendez-vous n'a été donné. L'entretien suivait immédiatement la proposition au résident. Il a été précisé au départ que la durée de l'entretien ne dépasserait pas 45 minutes. Cette donnée était importante pour un public très souvent dépendant à l'alcool et au tabac.

Les entretiens sont réalisés entre février et avril 2012.

2. Guide d'entretien

Un guide d'entretien est réalisé. Il constitue une base de travail pour chaque entretien. Le sujet principal et les différents thèmes en rapport y sont reportés. Il est élaboré grâce aux différentes hypothèses et a été testé au cours de trois entretiens pilotes n'ayant pas été inclus dans l'étude. Des questions concrètes sont juxtaposées à chaque thème concerné afin de faciliter le déroulement des entretiens. (Annexe 2)

Au cours de l'entretien, nous n'avons pas forcément respecté l'ordre des questions, ni le nombre, dans le souci de ne pas diriger le discours. Il a pour objectif de rassurer l'interne, novice dans la fonction d'enquêteur. Celui-ci tentant de l'utiliser comme « simple guide, pour faire parler les informateurs autour du sujet, l'idéal étant de déclencher une dynamique de conversation plus riche que la simple réponse aux questions, tout en restant dans le thème ».

(45)

Chaque entretien a débuté par une présentation brève de l'étude, puis par une question ouverte de l'interviewer sur le sujet. Durant l'entretien, nous avons été attentifs à recueillir des données sur l'état civil et social du résident afin de savoir qui nous parle.

3. Recueil des informations

Les entretiens sont enregistrés au magnétophone puis retranscrits à l'écrit en intégralité afin de faciliter leur analyse.

Nous ne sommes confrontés à aucun refus d'enregistrement. De même, nous ne ressentons pas de crainte ni d'appréhension de la part des résidents d'être enregistrés. L'appareil, posé sur le bureau est très vite oublié.

La retranscription des entretiens a été fastidieuse, par une prononciation et un accent inhabituel et propre à chacun des résidents. Chaque interview est restitué le plus fidèlement possible.

Au cours de chaque matinée, un temps est consacré au recueil des éléments extérieurs. La fin de matinée est propice à la prise de notes sur les pratiques observées, les attitudes, les relations entre résidents. Cependant, le statut de l'interne comme « meneur de séance collective » n'a pas été un atout dans ce domaine, car l'action laisse peu de place à l'observation.

E. Méthode d'analyse des entretiens

L'analyse est effectuée en deux temps, à partir du corpus d'entretiens et des observations réalisées au cours de l'enquête de terrain.

Dans un premier temps, les entretiens sont réécoutés et relus. Ils sont d'abord étudiés un par un : c'est l'analyse par entretien. « Il s'agit de rendre compte pour chaque entretien de la logique du monde référentiel décrit par rapport aux hypothèses. Le mode de découpage est variable d'un entretien à l'autre ».

Nous avons remis chaque entretien dans son contexte, en rapport avec les observations effectuées sur le terrain de l'enquête.

Dans un deuxième temps, chaque thème est analysé au travers des différents entretiens : c'est l'analyse thématique. « L'unité de découpage est le thème qui représente un fragment de discours. [...] Le mode de découpage est stable d'un entretien à l'autre. » (45)

II. Résultats

A. Description de la population

Notre enquête a pour objectif d'être exemplaire et non représentative. Nous discutons dans cette partie des caractéristiques de la population interviewée afin de savoir qui nous parle. (Annexe 3)

La population étudiée s'est avérée en situation de grande précarité. En choisissant « la stabilisation » du Grand Sauvoy comme terrain d'étude, nous avons à faire à un public d'exclus. Ces personnes vivent la plupart du temps dans la rue durant la journée, tout en bénéficiant d'une structure d'accueil pour la nuit.

La population est composée de onze hommes et une femme. De façon fortuite, cette répartition s'avère représentative de la population de la stabilisation composée pour 99% d'hommes.

L'âge moyen des résidents est 49 ans.

Leur durée de séjour en collectivité est variable. Elle varie de 5 ans pour R6 (depuis la création du foyer) à quelques semaines pour R11.

Onze résidents sur douze ont eu un passé dans la rue. La durée de cette période sans domicile fixe est également variable, oscillant de quelques semaines à plus de 20 ans.

La présence des éducateurs au sein du foyer permet la mise en place des droits sociaux pour les résidents. Ainsi, on constate que dix résidents bénéficient de ressources financières (RSA, AAH et pension d'invalidité). Un autre est apatride, il est donc difficile de lui attribuer des droits sociaux. Un patient doit bénéficier des ASSEDIC. La demande effectuée par l'assistance sociale est en cours.

Concernant la couverture médicale, huit patients n'ont pas de problème pour accéder aux soins (4 CMU et CMU-C, 4 mutuelles privées). Trois résidents sont en cours d'obtention de la CMU et CMU-C. Notre résident apatride ne peut en bénéficier.

Au sujet de la situation familiale, huit résidents sont célibataires. Un résident est veuf. Un résident vit seul mais a une compagne. Deux résidents vivent en couple. Sept résidents ont des enfants dont aucun n'est à leur charge. Trois résidents ont des contacts avec leurs enfants.

Le niveau scolaire des résidents est majoritairement situé en secondaire, avec l'acquisition d'un CAP. On note deux résidents ayant un niveau primaire et deux résidents ayant un niveau supérieur. Le faible niveau d'étude de certains interviewés explique leurs difficultés à s'exprimer oralement.

A propos des difficultés judiciaires, trois résidents ont été incarcérés, deux résidents ont des dossiers de surendettement et un résident a un suivi SPIP.

Concernant les addictions : onze résidents sont tabagiques, huit sont éthyliques et deux patients consomment de l'héroïne.

Deux résidents venant du CHRS (Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale) ont été interviewés, dont une femme. Ces deux résidents vivent en couple. Ce choix a été effectué au départ par peur de l'enquêteur de ne pas obtenir suffisamment d'interviewés à la stabilisation.

B. Analyse des données

L'exploitation des entretiens et des observations effectuées sur le terrain nous ont permis de regrouper les thématiques ci-dessous.

1. Contraintes liées à la personne en situation de précarité :

a) Difficultés familiales dans l'enfance

Enfance marquée par des addictions au tabac, à l'alcool.

« R6 : Oohhh pffff bah, vu que... mon père il était alcoolique. »

« M : Ça fait longtemps que vous êtes dans l'alcool ?

R12 : Depuis que j'allais manger chez ma grand-mère, j'avais 14 ans.

M : C'est votre grand-mère qui vous a appris à boire ?

R12 : La grand -mère,...le grand-père y m' faisait fumer la pipe,..., bref histoire de fou. »

Enfance marquée par la violence conjugale des parents, la violence physique du père sur les enfants, l'adultère du père, les problèmes psychologiques chez la mère.

« R10 : Si, de...depuis, depuis l'adolescence, y'a quelque chose qui a déconné en moi.(...) J'ai eu des problèmes dans ma jeunesse, bon bah, c'est tout, hein...(...) Bah, j'ai mes parents qui ont divorcé, mon père tapait sur ma mère et pis j'ai queuté ma scolarité à cause de mon père, il sortait avec une femme avec 10 gosses, enfin j'dis 10 gosses, avec un paquets d' gosses, et pis ma mère, on l'a placée chez les fous, ils l'ont mis à St Nicolas de Port, à l'hôpital st François près d'la basilique et pis c'est ma tante qui m'a récupéré avec sa fille. »

« R10 : Ma mère était comme ça et ça c'est la guerre qui l'a, elle a eu un choc pendant la guerre quand les allemands bombardaient, elle a vu, ils habitaient à la campagne, y a une ferme qui a brûlé, ça ça l'a ... et pis mon père, il lui tapait sur la gueule, il allait voir les autres femmes ... [...] »

« R10 : Il tapait avec une ceinture en cuir, moi il m'a jamais trop tapé mais ça lui arrivait quand même, c'est la jeunesse hein. »

R10 et R12 nous expliquent que ces traumatismes vécus dans l'enfance ont des répercussions sur leur vie d'adulte. Ces difficultés familiales n'ont pas été évacuées et pèsent sur leur quotidien.

« R10 : Disons que, je revis ça des fois comme si c'était hier alors que ça date de, entre 60 et 70 ! »

« R10 : J'en rêve encore hein, d'l'appartement là hein, quand j'habitais avec mes parents. »

« R12 : J'ai pas eu une vie facile, hein ? (...) C'est vrai que j'ai rien résolu, j'suis toujours en crise sur mes conneries, ..., et en plus j'me dis qu'j'ai raison...C'est l'plus grave, ça. Y'a quelque chose qui va pas ! »

b) Problèmes psychologiques

On retrouve des pathologies psychiatriques chez les résidents, sans savoir si elles sont la cause, la conséquence de l'état de précarité ; secondaires à l'abus de substances psychoactives ou propres au patient.

Lors d'un atelier du vendredi matin, nous avons évoqué « les troubles du sommeil ». Plus des trois-quarts des résidents souffrent d'insomnie.

(1) Fragilité psychologique

« R9 : Comme mon médecin m'a dit, je suis vulnérable. »

(2) Dépression

R4 chiffre sa qualité de vie à 1/10, suite à un moral marqué par un syndrome dépressif majeur.

On peut observer des marques de scarifications sur ses avants bras.

« R4 : Je mettrais 1, hum, en fait c'est pas forcément ma vie, c'est la vie en général qui me plaît pas. J'ai toujours été comme ça, dépressive, enfin je sais pas j'ai l'impression que y'a rien qui m'intéresse. »

« R4 : Euh en fait c'est juste sur le moral, pour moi, y'a rien à faire, enfin, ça doit faire au moins 10 ans que,... enfin c'est pas que je suis triste tout le temps, mais enfin j'ai envie de rien faire, j'suis démotivée pour tout et du coup, y'a pas grand-chose à faire pour ça... »

« R4 : Nan, en fait j'ai pas le courage de me suicider, c'est ce que je dis, en fait j'ai peur. Ouais j'ai pas le courage,... c'est juste pour me faire du mal, quoi, pour le mal que j'ai fait aux gens. »

(3) Hallucinations

Le discours de R7 est marqué par ses hallucinations visuelles.

« R7 : Maintenant, je vois une figure dans ma chambre ; c'est inattendu comme situation, une figure d'1.66m, 1.65m. C'est une figurine, qui je pense est féminine selon les mouvements des bras, j'ai compris que c'était une femme... [...] je ne peux pas dire parce que les gens, y vont penser que je suis fou. »

(4) Anxiété

R10 nous exprime sa souffrance psychologique suite à une anxiété majeure invalidante dans son quotidien.

« R10 : Parce que les nerfs attention, c'est pas bon hein, moi comme je les ai, attention hein, j'suis tout trempé, j'arrive pas à dormir, j'essaye de dormir, j'm'énervé, ça coule de partout... »

« R10 : Ça fait mal hein, j'suis dur mais tention qu'les nerfs !

« R10 : J'arrive plus. »

« R10 : Nan, mais les nerfs c'est une sacrée saloperie, aucun mal n'est bon mais alors l'angoisse, j'veux dormir j'y arrive pas, pas moyen, tout tremblé que j'suis, j'suis bon à repasser sous la douche. »

c) Rapport au corps

(1) Résistance du corps développée dans la rue

Durant les séances du vendredi matin, les résidents rapportent des conditions de vie difficiles dans la rue, les amenant à oublier la douleur.

10 résidents sur 12 ont eu un passé de rue, dont 2 résidents pendant plus de 10 ans.

(2) Honte de son physique

Pendant l'entretien, R3 avait la tête baissée vers le bas, regardait ses pieds. Le résident souffre d'une dysmorphie faciale suite à une paralysie faciale, conséquence d'un cholestéatome mal pris en charge, dont il éprouve de la honte.

Par conséquent, il a très peu de contact avec les autres résidents.

(3) Négligence de la douleur

R3 a attendu 2 ans avant de consulter pour une douleur invalidante de l'épaule droite.

(4) Apprentissage de la douleur et mort

« M : Hum, hum, parce que avant, vous étiez dans la rue c'est ça ? Pendant longtemps ?

R6 : Oh, plus de 10ans...

M : Plus de 10 ans, et la vie était beaucoup plus dure c'est ça ?

R6 : Bah oui, j'en ai connu qui sont décédés à cause de ça, alors euh. »

« R7 : Sous-officier, on nous a d'abord appris à supporter la douleur, et comment mourir...comment y faut faire ça, ça veut dire pour moi, quand on m'a dit, tu as une tumeur, j'étais pas étonné (...) je dis pas que je suis un kamikaze qui veut se suicider ; mais c'était inattendu... »

(5) Corps mutilé

« M : D'accord, C'est quoi ça ? C'est des tentatives de suicide? (Je vois des scarifications sur ses bras).

R4 : Nan, en fait j'ai pas le courage de me suicider, c'est ce que je dis, en fait j'ai peur. Ouais j'ai pas le courage,... c'est juste pour me faire du mal, quoi, pour le mal que j'ai fait aux gens. »

(6) Corps puissant

Le discours de R1 traduit une représentation de l'homme qui se doit d'être fort, dur, voir surpuissant (musculairement au-dessus de la moyenne). R11 parle de lui-même à la troisième personne du singulier. Ceci traduit probablement l'évocation d'un autre homme, très dynamique, avant le processus de précarisation.

« R1 : Donc, j'en étais à marcher 50 km par jour de moyenne... »

« R1 : Donc, ben... Si vous voulez un peu l'historique, j'ai fait une chute de 30 mètres d' hauteur, on m'a s'couru en tout 2 jours et demi. »

« R1 : C'est que comme ils décèlent une maladie virale par le taux d'anticorps. Y sont dit, y'a un problème, y'aurait tout. Sauf que non, j'avais rien, alors au niveau viral, simplement, j'ai un taux d'anticorps qui est au-dessus de la moyenne, pace que je me soigne tellement peu que c'est mon corps qui lutte. »

« ...On m'a r'trouvé complètement délirant, avec une chute de 20, 30 mètres de hauteur, l'atterrissage sur le grès rose (rire), donc y'a plus mou comme matière [...] Le truc aussi, c'est que j'suis musculairement au-dessus de la moyenne, donc, euh..., déjà en terme, j'dirai de physique pure d'amorti de la chute, les muscles.. »

« R11 : Une pile, une p'tite bombe, t'es, faut qu' tu bouges, t'étais levé, on t' disait : « Pascal va au jardin », tu cherchais pas, il prenait des outils, il allait au jardin. »

R2 exprime la fragilité du corps sous sa carapace d'homme costaud et imposant.

« M : Apres, quand ça vous concerne vous, vous êtes assez dur avec vous-même ? C'est ça ?

R2 : On est pas des machines non plus, (rire), pas des machines... »

(7) Corps abîmé : handicapé par l'alcool, traumatismes, toxicomanie

Beaucoup de résidents sont marqués physiquement par leur alcoolodépendance (marche ataxique, rosacé...). L'examen clinique met en évidence de nombreuses cicatrices suite à de multiples traumatismes (accidents, actes de violence : plaie par balle, coup de couteau). Des séquelles de toxicomanie avec insuffisance veineuse des extrémités supérieures peuvent aussi être visualisées.

Sur le terrain, nous remarquons l'importance des accessoires de la maladie (cane, plâtre, bandage). Il est difficile de leur faire retirer. Nous traduisons cette attitude fétichiste comme la valorisation du statut de malade.

« R1 : Je ne peux pas me permettre de ne pas aller consulter, avec que, avec... mon handica (...) enfin là, je vais plutôt bien, mais j'ai ma canne avec moi, pace que je sais très bien que j'peux avoir des problèmes quand j'm'assois et à me r'lever et tout à l'heure on parlait d'épilepsie... »

« R2 : J'en ai déjà eu 7 de cassées, y ont jamais rien fait, alors... (Rire), y'a rien à faire. »

« R2 : Par rapport à mon bras, parce qu'en ait, j'ai été ouvert comme ça là(...) Et pis là ; j'ai l'tendon, il a été cassé 2 fois, j'peux plus l'plier, là j'peux pu fermer, à part comme ça, c'est l'poignet qui, j' peux pas faire ça... »

« R7 :...Moi, j'étais,...j'ai poussé une mine dans la guerre, elle m'a éclatée cette jambe-là »

« R11 : Pour ma jambe, mon handicap, bah, ça vient, j'avais eu la fracture de la malléole, moi, fracture de la malléole...Ah, c'était de 2001.

R11 : Bah, c'est-à-dire que, une fois je marchais sur le bord du trottoir, y'avait tombé de la neige, ça glissait. Et j'ai glissé sur la bordure du trottoir.(...) En glissant sur la bordure du trottoir donc j'me suis rattrapé sur le côté et j'me suis fracturé le péroné et le montant du tibia.(...) C'est la tête du tibia que j'me suis fracturé ça, donc maintenant, c'est pour ça, que vous me voyez avec une attelle.(...) Pour redresser la jambe, parce qu'elle part, comme ça. »

d) Rapport au temps

Un seul rendez-vous a été pris pour effectuer les entretiens, les 11 autres ont été réalisés juste après la proposition d'enquête au résident.

Toutes les consultations à l'extérieur sont prévues avec un éducateur pour que les rendez-vous soient honorés.

(1) Notion d'immédiateté

R3 nous explique sa recherche d'immédiateté dans la prise en charge médicale. Durant ma présence sur le terrain, il est venu consulter 3 fois car son besoin de consultation à l'instant même était satisfait.

« R3 : Euh nan, mais, ...j'sais pas, mais Disons que j'ai pas la patience d'attendre. (...) Voilà..... Comme je dis... il faut que ce soit tout de suite. (...) Disons que le rendez-vous, il serait là et le rendez- vous, il serait en même temps quoi ! »

(2) Difficulté à se repérer dans le temps

Peu de repères temporels structurent leur vie, ce qui peut expliquer leur difficulté à se repérer dans le temps.

« R12 : On est vendredi ? »

(3) Vie dans l'instant

R12 ne prend pas de recul face à l'événement qu'il a vécu la veille. Il a été hospitalisé suite à un malaise. Il était dans un état d'ivresse aiguë et ne se souvient pas des faits. Cet épisode l'a fortement perturbé. C'est pourquoi, il chiffre sa qualité de vie à 0/10 au moment de l'enquête.

« M : Pourtant, vous m'aviez dit qu' vous étiez bien ici au Grand Sauvoy ?

R12 : Ouais, mais en ce moment, ça va pas. »

(4) Pressés par le temps

Avant de commencer l'atelier du vendredi matin, les résidents expriment souvent leur inquiétude sur la durée de la séance. Ceci traduit la peur du manque, conséquence de leur alcoolodépendance. Pendant l'atelier, il y a d'ailleurs souvent un va et vient entre la pièce commune et leur chambre pour satisfaire leur dépendance avec comme motif «l'oubli des lunettes».

« R12 : Tout le Grand Sauvoy aussi ! (Rire) Pourquoi pas ?! J'y vois pas d'inconvénient (...) si ça dure pas une heure.

M : C'est vrai que vous êtes souvent pressé, vous !

R12 : Pour quoi faire à votre avis ?

M : Pour picoler. »

e) Difficulté à investir un logement

Tous les résidents ont vécu dans de nombreux logements. Ils ont investi des logements de fortune (squat, abri), ont été hébergés par des amis, ont bénéficié de logements sociaux (Adoma, foyer) ou médico-sociaux (ARS).

« R3 : Nan disons qu'avant j'étais au Soleil, et pis avant j'étais à la rue pendant 6 mois et pis avant j'étais à l'ARS. »

« R4 : Bah, on était euh... soit chez des gens soit dehors dans les parkings et on a, juste avant de venir ici on a... Le 115, ils nous ont mis en urgence au foyer au Lemir, le sonacotra, pendant 2 semaines, en attendant de venir là. »

R10 exprime ses échecs à vivre seul en appartement.

« M : Ah d'accord, avant vous aviez toujours été dans la rue depuis 84 ?

R10 : Oui, nan, j'ai eu des appartements mais ça r'cassait. »

f) Difficultés professionnelles

(1) Instabilité professionnelle

R4 a effectué de nombreuses tâches professionnelles, dans des domaines variés. Le statut d'intérimaire lui convient.

« R4 : Euh j'ai fait, bah j'ai travaillé dans une pizzeria après j'ai fait serveuse, j'ai fait dans les saisons, les vendanges, les pommes de terre et euh... sinon les métiers, le métier où il fallait être le mieux, le plus présentable, c'est... j'ai travaillé dans les hôtels, à la réception. »

« R4 : Hum, mais c'est pareil, j'aime pas les métiers, enfin je préfère faire les métiers qui durent pas, enfin j'aime bien changer, sinon je me lasse... je sais pas après je pensais faire les saisons dans les sports d'hiver, et après l'été à la mer.

(2) Incapacité professionnelle

R12 ne peut plus effectuer sa fonction de boulanger-pâtissier suite à ses troubles mnésiques. Une expérience en cuisine a été tentée au Grand-Sauvoy. Elle a échoué malgré la présence d'un éducateur pour encadrer R12.

« R12 : La boulangerie, la pâtisserie, la cuisine en général.

M : Et ça, vous n'aimeriez pas reprendre ?

R12 : J'peux pas.

M : Oui, on en avait parlé avec Thierry, parce que le poste ne vous convenait pas, c'est ça ?

R12 : Non, y veulent pas, par rapport à ma maladie, je sais pas quoi... »

g) Disparité des niveaux de connaissance sur la situation sociale

R4 connaît bien sa situation sociale.

« R4 : Pendant 6 mois, mais c'est parce que en fait, j'ai, on a un RSA couple avec mon copain et en fait là, c'est mieux pour l'avoir, on était obligé de demander une CMU ensemble et comme lui, il avait pas de carte d'identité parce qu'il l'avait perdu. En gros, bah voilà, j'étais... »

R3, R5, R8, R9, R11 et R12 ont des connaissances partielles sur leur situation sociale ; ils bénéficient d'aide auprès des acteurs sociaux.

« M : D'accord, ah oui, actuellement, vous avez une couverture sociale ?

R8 : Bah, la sécu, mais normalement j'ai une complémentaire de St Etienne. »

« R3 : Euh nan, j'ai la mutuelle intégrance.

M : La mutuelle intégrance ?

R3 : Euh oui..... Euh tous mes papiers sont traités par l'UDAF, et pis l'UDAF c'est géré par Daniel »

« M : Sinon, qu'est-ce que vous avez comme ressources financières vous, vous avez le RSA ou ?

R3 : Euh nan, l'AAH ».

« M : D'accord, pour la couverture sociale, qu'est-ce que vous avez ?

R5 : Ouais, j'ai la CMU.

M : La CMU et puis la CMU complémentaire ?

R5 : Nan, j'ai la CMU c'est tout. »

« M : Et au niveau de la santé, vous avez quoi comme couverture sociale ?

R9 : L'assistante sociale me fait avoir la CMU.

M : La CMU et puis la CMU complémentaire ? Ah non, vous n'avez pas le RSA, vous avez une pension d'invalidité...

R9 : Oui, la pension : 624 euros, je crois. »

« R11 : Bah, moi je saurai l'après-midi vraiment, le fin mot de l'histoire, euh avant j'étais au RSA.

R11 : Avant que j'ai eu mon accident, j'étais au RSA mais maintenant, ils viennent de constater que je pouvais passer à l'AAH. »

« R12 : Le RSA plus pension je sais pas quoi là...d'invalidité ! »

h) Niveau d'éducation à la santé

Le niveau d'éducation à la santé est plutôt faible. R1 utilise un vocabulaire médical complexe mais erroné. Cependant, il maîtrise l'anatomie cérébrale en rapport avec sa pathologie. R11 nous expose le décès de son beau-frère, sans en connaître le réel motif. La notion de malaise comme cause de mortalité semble lui convenir. Cependant, R8 connaît les risques sur la santé de l'alcool et du tabac.

Lors des ateliers de formation du vendredi matin, 2 à 3 résidents sur les 10 présents avaient un bon niveau de connaissance sur la santé en général.

(1) Utilisation d'un vocabulaire médical erroné

« R1 : Heu...inigion cérébelleuse, heu...d'une taille d'une pièce de 2 euros. »

« Et d'épilepsie, et moi, c'est en tant que cérébrolisque que j'intègre. »

(2) Faible niveau de connaissance médicale

« R11 : Et pis mon beau-frère, Alain qui est de Custines, si vous connaissez Custines ? Il travaillait à la poste, euh, Alain, il est mort y'a 2 ans, ...43ans.

R11 : Il faisait,... des malaises.

R11 : Ca lui est arrivé comme ça, d'un seul coup, il était à la poste, à Custines. Y'a une dame qui vient faire un retrait, un retrait postal, pis d'un seul coup, euh..., plus d'Alain, bon bah, ils sont venus le réanimer, naturellement, le lendemain, naturellement, ils l'ont remis sur pied pour reprendre son travail.

R11 : Et pis deux jours après rebelote, pis après, ils l'ont hospitalisé, parce que il pouvait plus, il faisait trop de malaise, pis il est décédé... »

(3) Alcool et tabac : néfastes pour la santé

« R8 : Euh là, en ce moment, c'est que..., j'ai déjà diminué les cigarettes tout ça, bon bah l'alcool, j'en bois plus. »

(4) Connaissances anatomiques

« R1 : Bah... moi, j'y pense pas pour moi. Parce que, y'a deux solutions pour moi, de réparer la lésion, que j'ai, heuuu, c'est la nanochirurgie, et c'est la chirurgie laser. Le plus probable, ce serait la chirurgie laser mais le problème : vous imaginez que vous utilisez un tarcto-pelle alors qui faut utiliser une pince à épiler.. »

« R1 : Voilà bah, surtout, en fait, on fait beaucoup pour l'épilepsie, et donc l'hippocampe, on fait pour le cerveau, mais le cervelet est un peu le parent pauvre... »

R1 : Bah, je n'fais pas partie de la FTC Lorraine, pour rien... »

i) Processus d'exclusion

Les résidents ont des histoires familiales et professionnelles très variées. Cependant, ils ont en commun cette accumulation de situations instables, génératrices de difficultés multiples qui les conduisent au même résultat : l'exclusion.

R8 illustre bien ce propos. L'expulsion de son logement pour loyers impayés suite à l'état dépressif causé par le départ de sa femme a engendré son licenciement. Avant d'être hébergé dans un logement social, R8 a vécu dans la rue.

Les propos de R9 et R10 traduisent l'accumulation des problèmes financiers, familiaux, médicaux et professionnels.

« R9 : Oui, je pouvais plus aller chez moi. J'avais plus le droit d'avoir de contact avec mon ami quoi. Je m' suis retrouvé, oh, bien une bonne semaine à la rue, je dormais dans les cabines téléphoniques... »

« M : Hum, hum, d'accord,..., vous avez eu un gros passé dans la rue, c'est ce que vous disiez ce matin ?

R10 : Ouais, 84.

M : Depuis 84 ?

R10 : Quand j'ai été licencié !

M : Ah, d'accord !

R10 : Ma tante est morte ! C'est elle qui m'a élevé et pis...

M : Ca a été le déclencheur...

R10 : J'ai commencé à boire ! »

2. Contraintes liées au dispositif de soins

a) Contraintes liées à la couverture sociale

(1) Complexité de la couverture sociale

R4 connaît sa situation sociale. Elle n'a plus bénéficié de la CMU suite à un changement de situation. Ses propos traduisent la complexité des démarches à effectuer pour pouvoir prétendre à la protection sociale.

R4 a un niveau d'étude lui permettant de comprendre sa situation.

« R4 : Bah en fait, bah... là j'y retourne, mais avant j'étais bloquée parce que j'avais pas de CMU tout simplement mais sinon..., enfin en ce moment, j'y vais quoi.

M : Pendant combien de temps vous n'aviez pas eu de CMU ?

R4 : Pendant 6 mois, mais c'est parce que en fait, j'ai, on a un RSA couple avec mon copain et en fait là, c'est mieux pour l'avoir, on était obligé de demander une CMU ensemble et comme lui, il avait pas de carte d'identité parce qu'il l'avait perdu. En gros, bah voilà, j'étais... (...) Enfin j'avais pu de traitement, et le truc, c'est que j'étais bloquée, juste parce que mon copain, il avait pas de carte d'identité. Le dossier, il était complet pour moi si j'étais toute seule, mais je trouvais ça débile que j'étais obligée d'avoir avec mon copain. (...) Et au début j'ai carrément laissé tomber. »

« R4 : Ouais parce que du coup quand on est en couple apparemment faut tout faire ensemble, même lui, on a dû demander, redemander une CMU alors qu'il l'avait, parce qu'il fallait qu'on soit en CMU en couple, j'ai eu du mal à comprendre ce que ça changeait mais...

M : D'accord.

R4 : A part me bloquer, ça n'a pas changé grand-chose. »

(2) Difficultés de compréhension du système de couverture sociale

La plupart des résidents connaissent leur situation sociale. Cependant, ils ont besoin d'un tiers pour la gérer.

« M : Pour les obstacles financiers ou administratifs, ça ne vous posait pas de problème ?

R9 : Si, un peu quand même...

M : Un peu quand même parce qu'il fallait payer ?

R9 : Je m'attendais pas compte, parce que c'est mon ami qui gère tout. Oh t'as de l'argent, c'est bien, bon c'est tout.

M : Donc les papiers, c'était quand même un obstacle ?

R9 : Oui voilà. »

(3) Obstacle financier sans couverture sociale

L'absence de couverture sociale induit le règlement de la consultation. R4 ne va pas consulter son médecin traitant pendant l'interruption de la CMU.

« R4 : Euh ouais, ouais, enfin si, après fallait payer, du coup j'y allais pas quoi ! (...) Bah, vu que j'dois y aller toutes les deux semaines, c'est un peu, ouais, j'avais laissé tomber pendant un moment mon traitement à cause de ça, parce que je devais payer les médicaments et le médecin et bah là ça fait deux semaines, comme j'suis en attente de la CMU, ça, on l'a demandée... »

(4) Droits avec échéance : pas de reconduite automatique

Les droits de la CMU sont poursuivis si le renouvellement est effectué. Ceci s'effectue annuellement et consiste à justifier les ressources financières et la stabilité du lieu de résidence. R2 vivait en squat au moment de l'envoi des documents de renouvellement, ce qui explique l'interruption de ses droits.

« R2 : En fait, j'en avais un... là j'l'ai pu parce que ma CMU, elle était finie... mais là, j'ai tout r'mis en route.(...) En fait, c'est passé avant les vacances, j'ai fait l'dossier. Ça s'est terminé l'4 octobre ma CMU. »

(5) Documents perdus ou volés

« R2 : J'ai fait une déclaration d'perte, parce que j'ai perdu la carte vitale. »

« R10 : Bah, il faut que j'refasse une demande. (...) J'ai perdu,... on m'a volé mes papiers. »

(6) Patient apatride sans papier : consultation structure médico-sociale

R7 est apatride. Son statut lui permet de n'accéder à aucune couverture sociale. Lorsque R7 a ressenti le besoin d'aller consulter, il s'est rendu à l'UMS (Unité médico-sociale). Sa prise en charge s'est effectuée sans difficulté. L'absence de couverture sociale n'a pas été un obstacle.

« M : Qu'est-ce qui vous freinait à aller voir un médecin traitant ?

R7 : Bah, j'y suis allé.

M : Vous y êtes toujours allé ?

R7 : Oui, la première que j'ai vu, c'était un médecin généraliste.

M : C'était quand ça ?

R7 : Y'a 2 mois.

M : Et c'était un médecin d'où ?

R7 : UMS. »

« M : Ah oui, peut-être à l'UMS ? Avez-vous toujours été soigné à l'UMS ?

R7 : Oui.

M : À cause des papiers, c'est ça ?

R7 : Je sais pas...je n'ai jamais pensé à ça.

« M : Et le fait de ne pas avoir de papiers ne vous pose pas de problème non plus ?

R7 : Non, non, comment ça ?

M : Une couverture sociale pour accéder aux soins.

R7 : Non. »

(7) Couverture sociale et marché noir pour les toxicomanes

R2 et R4 ont bénéficié d'un traitement substitutif (méthadone, subutex), qui n'a pas été interrompu suite à l'absence de couverture sociale. Le traitement a été délivré de façon illégale sur le marché noir.

« M : Et vous n'aviez pas été tenté d'aller sur le marché noir entre les deux, comment vous avez fait ?

R2 : Bah, en fait, j'ai des copains, y m'en donnent, et puis voilà. J'm'arrange avec des potes quoi ! »

« M : Donc, quand vous n'aviez pas la CMU, vous étiez retournée avec de l'héroïne.

R4 : Oui, ouais... en gros oui et j'achetais de la méthadone dans la rue, enfin, j'achetais mon traitement, j'essayais de diminuer, j'essayais de me démerder pour que ça me revienne le moins cher possible, enfin selon l'argent que je pouvais avoir... »

b) Contraintes liées à l'hôpital

(1) Consultation au service des urgences

R2 évoque le service des urgences en réponse à la prise en charge du suivi médical.

« R2 [...] Bah, ça va en fait, bah, j'ai pas à m'plaindre, quand y m'arrive quelque chose, j'vais aux urgences, et y m'soignent. J'ressors. »

R3 consulte habituellement aux urgences.

« R3 : Euh... au niveau habituel, bah j'dirais en urgence... »

R7 s'oriente à une fréquence relativement rapprochée au SAU, environ 2 fois par mois.

« M : Quand vous avez un problème de santé, où allez-vous ?

R7 : Aux urgences, oui...

M : D'accord, et les urgences vous orientent vers l'UMS...vous y allez souvent ?

R7 : Non, 2 fois.

M : En combien de temps ?

R7 : Un mois. »

R9 évoque sa dernière consultation aux urgences suite aux violences subies dans la rue.

« R9 : Ah j'y suis déjà allé aux urgences. (...) Là, j'y suis allé dernièrement parce qu'on m'a tapé d'ssus, un pauvre type dans l' coin là-bas, près de la poste »

(2) Prise en charge par le SAMU

R11 a bénéficié de plusieurs prises en charge par le SAMU, suite à des épisodes d'alcoolisations aiguës.

« R11 : Et c'est pas le premier qu'on r'trouve, vu l'âge que vous avez, ça serait un peu dur quand même... Et comme c'est pas la première fois que le Samu vient vous chercher ici. Parce que y'en a qu'ont constaté que vous étiez ivre mort dans votre chambre, alors ça serait malheureux qu'on vous retrouve mort, dans votre chambre. »

R9 relate le conflit avec son ex-compagnon l'amenant à lui donner un coup de couteau, ceci a nécessité l'intervention du SAMU.

« R9 : Quand j'ai vu le sang, j'ai paniqué et pis y'a eu une amie chez nous qui a appelé le SAMU, les flics sont venus, y m'ont pris, garde à vue et tout... »

(3) Problème de communication urgences/MG

R2 déplore le manque d'intérêt de décliner l'identité de son médecin traitant, car celui-ci n'obtient pas de compte rendu de son passage aux urgences.

« R2 : Même que j'avais à l'hôpital Central, l'hôpital Central, y m'dit, c'est qui vot' médecin traitant ? J'dis c'est tel untel ; Il a jamais eu d'papier alors. »

(4) Equipe pluridisciplinaire adaptée

R9 est satisfait de sa prise en charge au centre d'alcoologie où l'équipe est composée d'un médecin alcoologue, infirmières, psychologues, assistante sociale. Chacun dans sa compétence est apte à répondre à son problème.

« R9 : Bah, comme le docteur P., d'avoir parlé, discuté, pis bon j'ai fait plusieurs cures... J'en connais à Villemin... Là, quelque chose qui m'aide à sortir moi, parce que j'arrive pas à dire nan. Comme mon médecin m'a dit, je suis vulnérable. Comme là, j'ai vu les psychologues la semaine dernière, ils m'ont fait faire un petit jeu en voyant ce que j'allais répondre, en disant, allez Mr R9, un petit verre, allez viens, ils m'ont fait apprendre à dire des mots que j'arrive pas à sortir... »

(5) Hôpital : source d'anxiété

R12 angoisse à l'idée d'être hospitalisé. L'inactivité dans un lit, l'abstinence en alcool et tabac sont les motifs de son anxiété. Sur le terrain, nous avons pu constater cette fuite de l'hôpital à plusieurs reprises. C'est pourquoi, lors d'une consultation prévue en milieu hospitalier, l'éducateur du résident est présent à ses côtés.

« R12 : J'ai peur... l'hôpital j'connais par coeur... je sais pas... [...] »

« M : Si je vous dis, demain vous allez être hospitalisé pour faire un bilan par exemple, vous allez partir en courant...

R12 : Ah, Ah, c'est sûr (...) j'veux rien dire, mais tout n'est pas niquel...y'a du laisser-aller...

M : C'est quoi qui vous embête, [...], vous ne pouvez pas boire, c'est ça ?

R12 : Exactement. Pas fumer, pas boire, pas sortir...passer la journée à r'garder la télé, c'est pas mon truc. »

c) Contraintes liées au suivi médical

(1) Motifs du suivi médical

(i) Prévention secondaire

R1 est suivi régulièrement depuis son accident en 2006.

« R1 : Je ne peux pas me permettre de ne pas aller consulter, avec que, avec... mon handicap.... »

« M : Et du coup, c'est depuis 2006, que vous êtes suivi régulièrement ?

R1 : Oui. »

R4 est suivi au niveau gynécologique, suite à la présence de cellules pré-cancéreuses, de découverte fortuite lors d'un frottis de dépistage effectué pour un avortement. La peur du cancer du col est actuellement le moteur de son suivi gynécologique.

« R4 : Bah avant, en fait, y'a un an j'ai fait un avortement, et il m'avait trouvé des cellules pré cancéreuses ou je sais pas quoi et du coup, bah... ils m'ont dit qu'il fallait que je fasse des frottis tous les 6 mois. Pour l'instant, et comme j'ai eu peur du cancer, bah... je le fais quoi, mais sinon avant, non.

M : Donc vous le faites où ?

R4 : Euh, au planning familial.

M : D'accord et vous arrivez à y penser tous les 6 mois?

R4 : Euh ouais, bah oui, parce que ça m'avait fait peur en fait. »

R5 nous explique qu'il est suivi médicalement depuis son accident vasculaire cérébral. Il n'évoque pas l'intérêt de la prévention primaire.

« R5 : Moi, j'étais au calme et puis j'ai été à l'hôpital. En fait, j'ai fait un malaise et tout était paralysé.(...)Y'a, oh y'a deux ans d'ça.

R5 : Hum.(...)Une fois 53 ans ça y est, c'était... »

« R5 : Nan, j'allais jamais au médecin.(...) Ouais, ouais, j'avais pas de problème. Après, j'ai passé 50 ans, bah, ça y est... »

(ii) Consultation pour symptômes aigus

R7 est amené à consulter pour une altération de l'état général invalidante, associée à une toux.

« R7 : Bah, je me sentais bien à cette époque, et puis je toussais, etc...maintenant, ils ont trouvé que j'ai une tumeur. »

« R7 : Et c'est ça qui m'a poussé d'aller voir un médecin. »

R8 consulte son médecin traitant pour des plaies cutanées.

« M : Et vous allez le voir régulièrement ?

R8 : Bah, quand il faut y aller. (...) Bah, des p'tits trucs, des fois des coups de couteaux, des trucs comme ça, bon bah voilà. »

R11 n'est pas contre le fait d'aller voir son médecin traitant. Cependant, il n'en ressent pas le besoin car il se sent en forme pour le moment.

« R11 : ...et pis ça me dérangerait pas d'aller au 156. Même j' vous dis, si j'suis en forme et longer le canal jusque Tomblaine et pis au 156, j' demande à voir le docteur Y..

M : Et pourquoi vous ne le faites pas alors, MrR11 ? (...) Parce que vous n'y pensez pas ?

R11 : Bah, nan pis je sens que, pour le moment, c'est,...ça va ! »

R12 consulte également son médecin traitant pour un motif particulier.

« M : Parce que vous allez le voir tous les combien de temps le Dr X ?

R12 : Quand j'me sens pas bien (...) »

(iii)Obtention des médicaments

R5 et R10 vont consulter leur médecin traitant pour le suivi thérapeutique.

« R5 : J'y vais tous les mois,...euh, comme j'ai des cachets pour la vie, pour l' cœur pour...le sang. »

« R5 : Faut qu'j'prenne rendez-vous aujourd'hui là, parce que j'ai plus de cachets,..., enfin si mais y m'en reste que 2, pace que j'en prends tous les jours, ça va vite... »

« R10 : Hum hum... c'est comme ça quoi, c'est... nan, j'y vais parce qu'il m'faut des cachets. »

R4 nous explique que son suivi médical est régulier par obligation de se procurer son traitement substitutif.

« R4 : Bah, en fait ouais, j'ai un traitement de substitution. »

M : La santé, c'est quelque chose qui vous préoccupe ?

R4 : Euh bah, c'est pas tellement ça, c'est que j'suis, enfin, j'suis obligée d'avoir un traitement de substitution, sinon j'suis en manque quoi. »

(iv)Sentiment de libération

R12 exprime son dynamisme retrouvé à la sortie de la consultation médicale. Son suivi médical lui permet alors de se sentir bien dans sa tête.

« R12 : Il m'apporte que, quand j'sors de chez lui : j'pete le feu ! »

(2) Freins au suivi médical

(i) Désintérêt pour le suivi médical

R12 exprime que pour être bien suivi par le médecin traitant, la condition pré requise avant toute chose est la motivation.

« M : Qu'est ce qui pourrait vous aider à être bien suivi par le médecin traitant.

R12 : Vous parlez de la motivation ? »

Les propos de R3 et R11 traduisent l'absence d'intégration du suivi médical dans leur quotidien.

« R3 : Euh, oui, j'pourrais y aller oui, nan j'suis pas contre, pour y aller quoi ! »

« M : Et pourquoi vous ne le faites pas alors, MrR11 ? (...) Parce que vous n'y pensez pas ?

R11 : Bah, nan pis je sens que, pour le moment, c'est,...ça va ! »

(ii) Etat d'ivresse

L'alcoolisation massive de R11 ne lui permet pas un suivi régulier par son médecin traitant.

« M : Nan, et ...qu'est-ce qui vous empêche à être suivi par un médecin, en fait ?

R11 : Oh bah, comment j'pourrais dire,..., bah je sais pas ce qui peut se passer. J'vais être aussi bien être bien pendant une semaine et pis la semaine d'après, j'vais être dans un état alcoolique inévident quoi, je sais pas ce qui peut,..., j'ai tellement connu ça, que... »

(iii) Eloignement géographique

La proximité géographique du médecin traitant est une condition nécessaire au suivi médical.

R1, R2, R5 et R12 nous apprennent que lorsqu'ils ont changé de situation géographique, ils ont également changé de médecin traitant.

A la stabilisation, aucun résident n'a de moyen de locomotion personnel.

« R1 : Le seul truc qui m'a dérangé au début pour aller le voir...c'est que...heu...donc c'est donc d'abord à Lunéville parce que c'était l'hôpital le plus proche pour l'instant, ensuite, j'étais à Lyonnais..euh... ; et ensuite, le problème il était que mon médecin généraliste, il habite Amance. Et j' pouvais pas me déplacer jusque-là. »

« R2 : Si j'tombe malade, bah, j'vais voir le docteur qu'y a en bas, là. J'vais pas aller à perpet un.... »

« R5 : Bah, si j'ai changé, parce que moi c'était le docteur P. et là, j'ai changé y'a pas longtemps.

M : D'accord parce que vous avez déménagé ?

R5 : C'est pour ça ouais,..., le Dr P., il était de Marbach, où j'habitais. »

« R12 : J'le vois pu.

M : Vous ne le voyez plus, donc, qu'est-ce qui vous freine pour aller le voir régulièrement ?

R12 : L' trajet. »

(iv) Instabilité familiale, géographique du patient

R2 nous explique qu'un changement de médecin traitant a eu lieu lors de sa séparation avec sa femme. Son suivi actuel sera probablement de nouveau interrompu par une mobilisation à venir.

« R2 : Ça fait 3 ans qu'il y a celui-là, euh, c'est Mr X, j'sais pas si vous connaissez, c'est rue Y, c'est lui, ça fait 3 ans, 3 ans ½.(...) Ca fait 3 ans et demi, que j'suis pu avec elle... »

« M : Donc, vous n'irez plus voir le même médecin ?

R2 : Ou peut-être, je sais pas... tout dépend, où je serai d'ici 6 mois ou 1 an, je sais pas en fait. »

Le suivi SPIP (Service pénitentiaire d'information et probation) de R4 a été interrompu depuis sa venue de Colmar à Nancy. En Meurthe et Moselle, R4 nous cite tous les lieux de vie qu'elle a investis. Ceci nous explique l'impossibilité d'avoir un suivi médical dans ce contexte d'instabilité géographique.

« R4 : Euh en fait, je l'ai, le suivi il a commencé que, ça a commencé en novembre et comme j'étais à Colmar et que le dossier il,...Le temps qu'il soit transféré ici, bah..., ils ont pas, enfin j'ai pas eu de rendez-vous, quoi ici... »

« R4 : Bah, on était euh... soit chez des gens soit dehors dans les parkings et on a, juste avant de venir ici on a,... Le 115, ils nous ont mis en urgence au foyer au Lemir, le sonacotra, pendant 2 semaines, en attendant de venir là. »

3. Contraintes liées aux prestataires de soins

a) Rapport avec le médecin généraliste (MG)

(1) Immédiateté de la prise en charge

R3 souhaite avoir sa consultation dès son arrivée au cabinet médical.

« R3 : Euh nan, ce qui m'embête, c'est d'attendre. (Rire)

M : C'est d'attendre dans la salle d'attente, pourquoi c'est les autres qui vous dérangent ?

R3 : Euh nan ! C'est pas les autres, c'est le temps...(...) Euh nan, mais, ...j'sais pas, mais Disons que j'ai pas la patience d'attendre.

R3 : Voilà..... Comme je dis... il faut que ce soit tout de suite. »

Cette notion a été vérifiée sur le terrain. Effectivement, R3 est venu de lui-même en consultation le vendredi matin au Grand-Sauvoy, car sa disponibilité lui permettait d'être pris en charge dès la formulation de sa demande.

Cependant, R8 mentionne dans son propos sa facilité à patienter en salle d'attente.

« R8 : Oui, oui, même des fois je prenais pas de rendez-vous, j'allais, puis j'attendais, j'm'en fous. .. »

(2) Relation de routine MG/patient toxicomane

Au fil des consultations, R2 a le sentiment que son MG lui prête moins d'attention.

« R2 : Au début, j'lui expliquais un peu ma vie... »

(3) Distance sociale MG/patient

R2 suggère que la distance sociale qui le sépare de son MG, explique son manque de communication par incompréhension anticipée de sa part.

« R2 : A chaque fois, qu'vois des toubibs, j' leur explique, j'leur explique, eux, c'est pas, ..., c'est des docteurs, quoi [...] »

(4) Communication patient/MG

R2 expose un échange pauvre et redondant avec son MG.

« R2 : Au début, j'lui expliquais un peu ma vie, parce que quand j'ai vu le médecin qu' j'avais là, c'est quand j' me suis séparé d' ma femme. Donc, j' lui ai expliqué un peu ma vie quoi. Y sait, qu' j'ai les p'tites de temps en temps, mais il en sait pas plus. J'arrive, Bonjour, ça va ? Ouais. Comme d'hab ? Ouais. Et pis, y m'signe l'ordonnance. »

« R2 : Ouais, il aurait pu m'faire des paliers... (Rire), il m'l'a jamais proposé. En fait, j'ai ralenti tout seul. »

R9 n'était pas satisfait de sa prise en charge par le MG, pas manque de communication.

« R9 : J'avais le docteur Serge J., et pour l'alcool, c'était pas euh... Nan, on m'avait dit B. c'est bien en alcoologie, il a pu aider et tout. Au début oui, il m'a donné un traitement, tout ça, mais sans plus, il donnait des cachets comme ça. Parce qu'en alcoologie on cause,..., on parle, tout ça quoi... »

R4 est satisfaite de ses échanges avec son MG.

« R4...il est facile à, il parle bien donc... »

« M : Il est facile d'abord pour communiquer, c'est ça ?

R4 : Ouais.

M : Et ça, c'est important pour vous ?

R4 : Bah, ouais, ouais, surtout que j'ai du mal à parler donc euh... oui. »

Le motif de consultation de R6 est d'échanger avec son MG.

« R6 : Comme ça, des fois, j'allais le voir comme ça pour discuter..., donner des nouvelles. »

R2 et R10 expriment leurs difficultés à exprimer leurs problèmes au MG.

« R2 :...Et puis, j'vais voir le docteur, j'lui raconte pas ma vie quoi ! »

« R10 : Bah, il sait que j'suis malade des nerfs mais enfin je lui ai pas expliqué. »

(5) Ecoute du patient

R9 estime ne pas avoir été assez écouté par son MG.

« R9 : Oui, il me faut du temps, oui.

M : Et le médecin généraliste, il ne prenait pas assez de temps ?

R9 : Nan.

M : C'était trop rapide ? OK, et c'était ça, les motifs de rupture de soins avec eux ?

R9 : Je pense que ça venait de ça... »

R10 évoque un médecin traitant pressé par le temps, notamment par la présence d'un nombre important de patients en salle d'attente et des interruptions de consultation par le téléphone.

« R10 : Bah, il sait que j'suis malade des nerfs mais enfin je lui ai pas expliqué.

M : Hum, pourquoi vous ne lui avez pas expliqué, parce que l'occasion ne s'est pas présentée ?

R10 : Nan, parce que chez lui il est toujours pressé, il arrête pas d'être au téléphone, ça n'arrête pas de sonner, hein, j'ai plein de choses à lui dire mais j'repars et j'en ai toujours autant, faudrait que j'marque ça sur un bloc note. »

R7 et R8 estiment être écoutés par leur MG.

« R7 : Absolument pas, au contraire !...Ils aiment discuter avec moi, les médecins ! »

« R8 : C'est une dame, toujours à l'écoute. »

(6) Connaissance de la vie sociale du patient par le MG

R2 mentionne l'absence d'intérêt de son MG pour sa vie sociale, qu'il méconnaît.

« R2 : [...] Ils s'en foutent de notre vie sociale en fait. »

« R2 : Bah, que j'sois par exemple au Grand Sauvoy ou en appart ou sais pas où, ça changera rien pour eux.

« M : et quand vous étiez en squat, votre médecin savait que vous y viviez ?

R2 : Bah, au début, non, parce que au début c'était juste comme ce comme ça... et puis après y m'a jamais posé la question, y m'voyait des fois avec les piotes venir euh ; Et puis, j'vais voir le docteur, j'lui raconte pas ma vie quoi ! (Rire) »

Les propos de R12 nous suggèrent que son MG maîtrise sa situation sociale.

« M : Au moins, une fois par mois, d'accord, et au niveau des papiers, vous avez ce qu'il faut., vous avez la CMU ?

R12 : Hum, y m'connait par cœur. »

(7) MG comme prestataire d'ordonnance

Le discours de R2 nous informe sur la prescription de son MG, à la demande et routinière, sans réévaluation depuis 3 ans. De cette façon, R2 expose le problème du marché noir fourni par le corps médical.

« R2 : Non, non, pace qu'après, j'vais redemander au docteur...et puis si ça s'trouve, j'vais encore remonter. Non, non, j'préfère rester comme ça et puis j'vais arrêter. »

« R2 : En fait, mon médecin, j'vais l'voir, j' lui dis : y m' faut 8 par jour : y m' donne 8 par jour. Ça fait 3 ans, qu'ça dure. »

Les propos de R9 et R11 suggèrent une prise en charge thérapeutique qui ne les satisfait pas, lorsque le MG est uniquement polarisé sur le renouvellement d'ordonnance.

« R9 : ...Au début oui, il m'a donné un traitement, tout ça, mais sans plus, il donnait des cachets comme ça. »

« R11 : Parce que là, bon disons, on fait une ordonnance, on refait des médicaments. Mais il va peut-être juger qu'il y aura quelque chose de meilleur pour moi ou des choses à... régler, quoi ! »

(8) MG au service du patient

R2 exprime son besoin d'aide auprès d'un MG pour la prise en charge de sa santé.

« M : Vous avez besoin d'aide aussi ?

R2 : Ah oui, hein, au niveau médical, j'suis pas médecin moi. »

Le MG de R8 se met à son service dans la mesure du possible.

« M : D'accord, elle vous aidait dans vos difficultés le médecin traitant ?

R8 : Bah oui, elle faisait tout ce qu'elle pouvait faire. »

(9) Facilité de paiement pour le patient

La réduction d'avance des frais grâce au tiers payant effectué par le MG, est perçue comme une aide pour R8.

« R8 : Bah, parce qu'elle n'avait pas les complémentaires, alors bon, je donnais ce qu'il fallait pour la sécu, la sécu me rembourse.

M : Vous payiez 6 euros 90 c'est ça ?

R8 : Voilà à peu près, j'allais vous dire 7.

M : Oui, c'est ça, c'était le tiers payant en fait.

R8 : Oui, voilà.

M : D'accord, et ça, c'était un avantage pour vous de payer que les 7 euros au lieu des 23 ?

R8 : Oui, oui. »

Malgré le fait que R10 ait perdu sa carte vitale, son MG lui permet la dispense d'avance des frais.

« M : Mais comment vous faites alors avec les médecins généralistes ?

R10 : Bah, lui y m'connait.

M : Il ne vous fait pas payer ?

R10 : Nan, j'suis enregistré. »

(10) Compétence du MG

R1 mentionne la rigueur de son MG à travers sa méthodologie.

« R1,..., il a exactement la même méthodologie que, que mon ancien médecin, façon de penser. »

R4 nous précise les diplômes de son MG.

« R4 : Bah, c'est un addictologue et un médecin sportif et en plus »

R11 juge son MG compétent.

« R11 : Pis de toute manière, c'est un très bon médecin et pis j'aimerais bien le revoir aussi »

(11) Le MG : coordonnateur de soins

R3 attribue au MG la fonction de l'orienter vers l'hôpital ou des structures médico-sociales (ARS).

« R3 : Euh oui c'est un panneau quoi, panneau hôpital, ARS... (Rire)... Euh oui, disons que oui, c'est le suivi quoi...disons que c'est un suivi qui vous oriente vers le médecin et puis le médecin traitant vers les hôpitaux. »

R11 nous précise qu'il a été adressé en cure de désintoxication par son MG.

« R11 : Ah oui, bah vous savez, j'ai fait des cures de désintoxication, c'est lui qui m'a envoyé les faire... »

(12) MG reconnu

Le discours de R11 traduit l'importance d'avoir été suivi par un MG connu socialement.

« R11 : ...C'était le docteur M, qui est très connu à Pont à Mousson »

(13) Confiance en son MG

R6 précise qu'il a confiance en son MG.

« M : ...par rapport à votre médecin traitant, vous avez confiance en lui ? Vous êtes dans une relation de confiance, vous arrivez à tout lui dire ?

R6 : Oui, avec le Dr Y., oui. »

R10 émet une réserve sur la fiabilité de tous les médecins.

« R10 : Bah, j' sais qu'y'a des comment, des escrocs, des comment qu'on dit, des, ils sont pas tous bons les médecins...(...) Y'a des charlatans, comme chez les vétérinaires. »

R11 nous explique l'importance d'être en vérité avec son MG. Le résident souligne une relation de confiance qui s'établit dans les deux sens, avec la nécessité pour le patient de communiquer avec sincérité avec son MG.

« R11 : Oh bah oui ! Comme je vous le dis, avec le docteur M, que j'avais à Pont A Mousson, docteur Y.. Et pis non, sinon, c'est pas la question d'avoir confiance en la médecine. C'est déjà une question d'avoir une franchise avec le médecin traitant. C'est pas la peine de leur raconter des conneries, faut leur raconter la vérité, et moi j'ai toujours été franc, moi,..., je m' cache pas, j'ai pas peur de me salir personnellement. »

(14) Rapport affectif, lien établi avec le patient

R4, R8 et R12 utilisent des adjectifs qualificatifs positifs concernant leur MG. Les propos de R12 traduisent l'appropriation du MG : « mon médecin ».

« R4 : Euh ouais, ouais, si, il est gentil, j'aime bien ce..., »

« M : D'accord, et du coup avec lui y'a pas de problème ? Vous aviez un bon contact ?

R8 : Très bien. »

« R12 : Ouais, parce que c'est un super médecin, c'est un super gars, il est super sympa (...), bon, j'avis arrêté les « supers », (rire), ben, j'l'adore, moi. »

« R12 : Bah, rien, moi, j'vais voir X, c'est mon médecin. »

Les discours de R6 et R11 font apparaître l'importance de la connaissance par le MG de leur histoire médicale. On suppose ici qu'un lien a été établi sur une longue période.

« R6 : Bah, déjà vu que c'est mon médecin et c'est lui qui a tout mon dossier,... alors euh... »

« R11 : J'étais suivi par mon médecin traitant à Pont A Mousson. C'était le docteur M, qui est très connu à Pont à Mousson. Ouais, c'est mon médecin traitant, qui m'a connu aussi au foyer à Porschville et qui m'a connu aussi beaucoup pour les problèmes d'alcoolisme. »

b) Réticence envers les médecins en général

(1) Manque d'intérêt pour les structures associatives

R1 n'a pas été orienté vers les associations de malades par les médecins.

« M : Et cette association, vous l'avez rencontrée comment ? C'était en sortie d'hospitalisation ou on vous l'a proposée ?

R1 : Non, non, (rire), non... j'vous dis, les médecins ont rien dit... Enfin, le personnel médical en général n'a rien dit du tout ...Euh... »

(2) Pas de relation de confiance

R1 exprime sa réticence par rapport au corps médical. La violation du secret médical à son égard a rompu la relation de confiance.

« R1 : J'aime pas les médecins. (rire) Mais j'ai pas le choix.

M : Vous pouvez me donner des raisons pour lesquelles vous n'aimez pas les médecins ?

R1 : Heu...bah, y'en a qui ont violé le secret médical, ... et y'en a qui en violant le secret médical ont en plus raconté des conneries à ma famille.

R1 : Forcément, la pilule est mal passée, (rire sarcastique) »

(3) Absence d'écoute des symptômes

R1 signale la discordance entre sa demande et la prise en charge médicale. Cela traduit un manque d'écoute de la part des médecins vis à vis des plaintes venant des patients.

« R1 : Bah, c'est à dire que quand , on vous file, heuu, deeeees médicaments contre la douleur , alors que vous avez une perte de sensation, (soupir), vous vous posez des questions .(rire) »

4. Intérêt pour la médecine

Sur le terrain, nous relevons la présence de 5 à 10 résidents aux ateliers sur la santé, sur 22 présents à la stabilisation. De plus, nous observons une dynamique d'échange s'effectuant sans difficulté. Cela traduit un intérêt des sujets pour la médecine et leur santé.

R2 est intéressé par le fait de recevoir des informations sur la santé.

« M : Pourtant, quand je viens le vendredi matin, parler de la santé, ça a l'air de bien vous intéresser quand même ?

R2 : Oui, oui, ah, oui ça m'intéresse...Mais ça va, c'est intéressant qu'est-ce que vous dites. Même y'a des trucs que je sais d'jà, mais une révision, ça fait pas d'mal ! »

a) Croyance en la médecine

R1 pense que l'avancée scientifique pourra l'aider. Les réponses de R7, R8, R9 et R11, , traduisent une confiance sans réserve en la médecine, bien qu'elles soient induites.

« M : Et qu'est-ce qui peut vous aider alors pour ça ?

R1 : L'avancée scientifique... euh.... »

« M : Sinon, avez-vous confiance en la médecine Mr R7 ?

R7 : Bien sûr ! »

« M : Hum hum, avez-vous confiance en la médecine?

R8 : Oui, oui, pas d problème »

« M : D'accord, est ce que vous avez confiance en la médecine ?

R9 : Oui, quand même ! »

« M : Vous avez confiance en la médecine Mr R11?

R11 : Ouais.

M : Vous pensez que ça peut vous aider la médecine ?

R11 : Oui, bien sûr. »

b) La médecine ne permet pas l'amélioration des problèmes psychologiques

R1 souffre de crises d'angoisse, non soulagées par la médecine non conventionnelle.

« R1 : Tu les encaisses mal, c'est-à-dire ... si y nous prend un état de crise... Euhhh, de crise en septembre, euh...ça plonge pendant 4 heures, ça r'monte comme une crise normale, et ça r'plonge pendant 60 à 80 heures.

M : D'accord, et pour ça, la médecine homéopathique avec votre médecin généraliste, ça vous a aidé ?

R1 : Non, le médecin généraliste, y peut pas non plus. »

R4 est suivie depuis longtemps par des psychologues pour son état dépressif. Elle bénéficie également d'un traitement antidépresseur. Elle juge sa prise en charge thérapeutique inefficace.

« R4 : Euh en fait c'est juste sur le moral, pour moi, y'a rien à faire, enfin, ça doit faire au moins 10 ans que,... enfin c'est pas que je suis triste tout le temps, mais enfin j'ai envie de rien faire, j'suis démotivée pour tout et du coup, y'a pas grand-chose à faire pour ça...

M : Il y a des gens qui vous aident ?

R4 : Ouais, j'ai vu plein de psychologues tout ça mais même les antidépresseurs ça, je sais pas j'ai l'impression que ça fait rien... »

R10 aborde le problème des effets secondaires des médicaments anxiolytiques.

« M : D'accord et finalement les médicaments qu'elle vous a donnés, ça vous aide un peu quand même ?

R10 : Bah, ça dépend c'que c'est comme médicaments.

M : Hum.

R10 : Ou alors, j'suis complètement drogué, euh, j'suis dans l'coltar. »

c) Intérêt pour la médecine non conventionnelle

R1 porte un intérêt important à la médecine homéopathique. Elle permettrait de stimuler l'immunité naturellement.

« R1 : ...mais je crois que j'avais quoi, 14 ans quand j'étais passé de médecine générale traditionnelle à médecine générale homéopathique. Depuis, heu le principe de la médecine généraliste homéopathique unicite, parce que y'a 2 différences entre unicate et pluricite, c'est qu'on envoie un message au corps pour que il fasse les choses à la place d'un médicament. »

« R1 : , j'ai un taux d'anticorps qui est au-dessus de la moyenne, pace que je me soigne tellement peu que c'est mon corps qui lutte. ... »

R10 évoque « la médecine douce » comme solution à son anxiété. Le temps de consultation serait plus long.

« R10 : Bah, la pour les nerfs : la médecine douce.

M : Ouais, ça vous plairait plus ça, vous.

R10 : C'est plus long aussi...

5. Perception de la santé

a) Ecart important entre santé perçue enquêté/enquêteur.

R6 se dit être en bonne santé alors que nous l'estimons fortement atteint par son alcoolodépendance.

« M : ...Sur une échelle de 1 à 10, 1 c'est une très mauvaise santé et 10 c'est une excellente santé, vous mettriez combien vous Mr R6 ?

R6 : Oh, un chiffre rond : 8. »

R6 : Non..., bah..., toute façon ma santé est bonne alors euh... »

b) Inquiétude face à l'évolution de sa maladie

Sur le terrain, nous percevons R12 comme fortement perturbé par le diagnostic nouvellement annoncé de « Syndrome de Korsakoff débutant ».

Son discours traduit également un patient égaré, désespéré par l'annonce de la maladie.

« R12 : C'est vrai, qu'en ce moment j'suis pas bien, je subis pas quoi, mais...

R12 : J'me sens partir... en javel.(...)

M : À cause de vos pertes de mémoire, ça vous fait peur ?

R12 : Non,... ça m'fait pas peur, parce que je sais que ça peut...je sais pas,...je sais pu...[...] »

c) Connaissance de sa pathologie et de sa prise en charge

Malgré son mode de vie sans domicile fixe, R7 possède ses documents médicaux dans une poche de sa veste. Il est en mesure de nous informer sur sa pathologie et sa prise en charge.

« M : Récemment, vous avez été opéré de la cataracte, c'est ça ?

R7 : Non décollement de rétine.

R7 : Ce médecin qui m'a opéré, c'est un Professeur...mais après 6 semaines, j'ai dû me rendre à nouveau chez lui. Il m'a dit, je m'excuse mais on a commis une erreur. Parce que derrière l'œil, il y a du silicone, trop,..., trop. Il fallait mettre du silicone, mais pas autant. Il va me réopérer à la fin du mois. »

d) Autonomie dans la prise en charge médicale

R2 est toxicomane. L'absence de couverture sociale l'a amené à se procurer son traitement substitutif dans la rue. Il a géré seul la décroissance de traitement par subutex. Il projette d'arrêter son traitement de façon autonome.

« R2 : Et ben, en fait (rire), et ben, ça m'a permis...avant j'étais à 8 mg, par mois. Et puis maintenant, j'suis pu qu'à 2 mg par mois. En fait, grâce à ça, j'ai r'descendu (rire). »

« R2 : En fait, j'étais à 8 par jour, et du coup quand j'avais pu d'CMU, j'suis descendu à 4..et maintenant j'suis pu qu'à 2. »

« R2 : Pace que j'aurai continué à aller voir mon docteur, j'aurai jamais ralenti, j'en suis sûr...et là, maintenant, j'suis bien, j'en suis à 2 mg, j'le prends sous la langue, tranquille...et puis voilà [...] Et puis j'ai même pas envie, même si ma CMU, quand j'aurai ma CMU, je r'tourne pas l'voir. »

« R2 : Et, qu'est-ce que j'voulais dire, là, j'suis r'descendu à 2 mg, mais des fois pendant 2 jours, 2 jours, ça m'est déjà arrivé de pas prendre du tout d'sub... Comme ça après, j'vais arrêter tout seul. »

e) Valorisation du statut de malade

Sur le terrain, R1 évoque très souvent sa pathologie aux éducateurs et autres résidents. De plus, il se déplace avec une canne qu'il n'abandonne jamais.

Dans son discours, R1 nous donne de nombreux détails afin de mettre en scène sa maladie.

« R1 : Donc, ben... Si vous voulez un peu l'historique, j'ai fait une chute de 30 mètres d' hauteur, on m'a s'couru en tout 2 jours et demi. »

« R1 : J'avais un œdème sub-cérébral heu...gauche de heu..., environ 12 cm de long, 4 à 5 cm de largeur. »

f) Santé altérée par la souffrance psychologique

Les propos de R1, R4, R10 et R11 nous informent de l'importance de leurs souffrances psychologiques (anxiété, dépression) qui altèrent leur santé.

« R1 : Et euh...quand j'ai intégré le Grand Sauvoy, euh... je faisais une crise de tétanie...de 1 à 3 heures, c'était le grand maximum.. Tous les 6 à 8 jours, euh...maintenant. .euh... depuis la rentrée, les crises de plus de 60 heures sont devenues une banalité. »

« R4 : Je mettrais 1, hum, en fait c'est pas forcément ma vie, c'est la vie en général qui me plaît pas. J'ai toujours été comme ça, dépressive, enfin je sais pas j'ai l'impression que y'a rien qui m'intéresse. »

« R10 : Nan, mais les nerfs c'est une sacrée saloperie, aucun mal n'est bon mais alors l'angoisse, j'veux dormir j'y arrive pas, pas moyen, tout tremblé que j'suis, j'suis bon à repasser sous la douche. »

« M : Anxieux plutôt ?

R11 : Ouais, tout le temps. (...) »

g) Reconnaissance de l'alcoolodépendance

Sur le terrain, les résidents sont très intéressés par le sujet de l'alcoolodépendance et de ses effets sur la santé. Nous avons été amenés à évoquer ce thème très fréquemment. Durant ces échanges, ils évoquent leur vécu personnel sans gêne.

R4 nous explique le basculement qui s'opère de la toxicomanie vers l'éthylisme.

« R4 : Nan, j'ai jamais fumé, enfin j'ai jamais, par contre euh..., enfin, j'ai l'impression que je remplace par l'alcool. »

« R4 : Euh nan, mais c'est tous les jours.

M : Hum, combien de verres alors ?

R4 : Euh bah, en fait, c'est les bières fortes là...

M : C'est quoi, c'est les 8.6° ?

R4 : Ouais, ouais, des 8.6 du Lidl, les sous marques, ça coûte 40 centimes et bah du coup...

M : Vous en prenez quoi ? 4, 5 ?

R4 : Ouais voilà 4, ça dépend...

M : Et ça, c'est tous les jours ?

R4 : Ouais.

M : Hum,

R4 : Ouais ça va vite après... »

« R4 : Pour l'instant j'ai l'impression d'en avoir besoin, en fait c'est moralement, c'est juste le soir je déprime et du coup je bois, après ça va mieux. »

R10 nous annonce sa consommation d'alcool sans embarras.

« R10 : Bah je fume pas, mais j'prends aucune autre drogue mais j'bois, j'bois beaucoup de bières, enfin j'bois beaucoup de bières, ça dépend des semaines, ça dépend des jours, j'peux en boire 2, 3 comme j'peux en boire une trentaine ! Mais j'tremble pas, rien. »

R11 se qualifie d'alcoolique. Il est également conscient qu'en cas d'obtention d'argent supplémentaire, cela profiterait uniquement à sa consommation d'alcool.

« R11 : ...En tant que gars même en temps que, ... alcoolique, j'avais des bonnes fréquentations »

« R11 : Problème de santé, oh bah, c'est disons que si j'ai euh..., si du jour au lendemain, j'vais avoir un surplus d'argent. C'est sûr que j'aurai tendance à partir un p'tit peu en vrac, comme on dit...

M : Hum, hum, avec de l'alcool...

R11 : Avec de l'alcool, ouais et c'est tout ce qui me passera par la tête. »

En revanche, R6 sous-estime son alcoolodépendance. Il évoque sa dépendance au café comme source de problème.

« M : Aucun problème ? L'alcool quand même, un petit peu, non ?

R6 : Ouais, enfin ça, c'est pas encore un problème...

M : C'est pas un problème, parce que vous pensez que vous pouvez arrêter ?

R6 : Oh oui !

M : Vous avez déjà arrêté ?

R6 : Oui, oui.

M : Pendant longtemps ?

R6 : Oh, j'ai resté 4, 5 mois même 6 mois... »

« R6 : Oh c'est nan,... c'est psychique, c'est comment dire, euh... moi si je veux boire, je bois, si je veux pas boire je bois pas, et y'en a qu'il leur faut leur dose parce que sinon ils tremblent, tandis que moi j'tremble pas, euh... si je veux boire je bois, si je veux pas boire j'bois pas. A part si j'ai pas mes cafés dans la gueule alors là ! »

h) Sans domicile fixe et intérêt pour la santé

Sur le terrain, les échanges à propos du passé des résidents dans la rue, nous ont enseigné que la santé est une préoccupation lointaine quand les besoins primaires ne sont pas satisfaits.

R6 évoque la possibilité de rencontrer un médecin généraliste présent dans une structure médico-sociale, malgré la vie dans la rue.

« M : Et là, vous étiez suivi par quelqu'un, quand vous étiez dans la rue ?

R6 : Bah, oui euh, y'avait tout le temps Dr Y., parce que c'est lui qui m'suit. »

R10 souligne que la présence d'un toit lui donne la possibilité de se préoccuper de sa santé.

« R10 : J'y allais pas.

M : Parce que ce n'était pas votre préoccupation ?

R10 : J'm'en foutais, maintenant j'en ai marre de m'en foutre. »

« M : Votre santé maintenant ça vous paraît important ?

R10 : Bah ça me paraît important, euh, oui j'commence à prendre des choses au sérieux. »

6. Importance de la prise en charge sociale

a) Importance des acteurs sociaux : éducateur, assistante sociale, curateur, tuteur

Sur le terrain et à travers le discours des résidents, nous percevons l'importance des acteurs sociaux auprès des résidents. Ils assurent leur suivi médical et psychologique, leur permettent d'accéder aux mesures sociales et travaillent sur des projets professionnels et de logement afin d'envisager leur réinsertion sociale.

(1) Accès à la couverture sociale

R2 est orienté par l'éducateur vers l'assistante sociale afin de faire une demande de CMU.

« R2 : Y m'a dit d'aller voir en bas, et pis j'ai vu une femme en bas là, et pis du coup, j'ai r'fait ma CMU..et pis j'dois r'cevoir le papier là, bientôt. »

« R2 : Même avec Thierry, ça j'en parle pas, d'ça..si à part pour m'aider pour les papiers, ça c'est bien... »

La gestion de la situation sociale de R3 est assurée par l'UDAF et son éducateur du Grand-Sauvoy.

« R3 : Euh nan, j'ai la mutuelle intégrance.

M : La mutuelle intégrance ?

R3 : Euh oui..... Euh tous mes papiers sont traités par l'UDAF, et pis l'UDAF c'est géré par Daniel »

R3 nous précise que sans l'aide de son éducateur, il ne serait pas capable de gérer ses droits.

« M : D'accord, c'est Daniel qui vous aide à faire vos papiers.

R3 : Oui euh,..., autrement c'est pas la peine. »

R8 est aidé de l'assistante sociale pour accéder à sa mutuelle.

« R8 : Bah, l'assistante sociale elle a téléphoné à St Etienne pour qu'ils m'envoient un papier, mais le papier, il est toujours pas envoyé ! »

L'assistante sociale effectue la demande de CMU pour R9.

« M : Et au niveau de la santé, vous avez quoi comme couverture sociale ?

R9 : L'assistante sociale me fait avoir la CMU. »

(2) Aide pour l'attribution et la gestion des ressources financières

L'éducateur fait une demande d'AAH pour R2.

« R2 : ...Et pis, y va r'mettre en route un dossier pour toucher l'AAH ou la COTOREP. »

L'UDAF assure la gestion des finances de R3.

« M : L'AAH, d'accord et ça c'est Daniel aussi qui vous aide ?

R3 : Euh nan, c'est...c'est viré à l'UDAF quoi... et c'est sur un compte tutelle. »

L'assistante sociale assure la gestion de la pension d'invalidité de R9, en attendant la mise sous tutelle. R9 évoque la gestion antérieure de ses finances par son ex-compagnon. Il a effectué des chèques en bois. Il est désormais surendetté.

« R9 : Oui, la pension : 624 euros, je crois.

M : D'accord, pour la gestion de l'argent vous n'avez pas de problème ?

R9 : Nan, elle s'en occupe. »

R9 : Bah, ils veulent me mettre sous curatelle, alors on va voir ça, parce que j'ai rendez-vous avec le docteur N., un neuropsychiatre pour voir si j'ai besoin d'une curatelle ou pas quoi.

M : D'accord, pour vous aider à gérer un peu votre budget.

R9 : Parce que avec mon ami Jacques, c'est lui qui s'occupait de tout. J'avais un chéquier parce que j'ai changé de banque, mais la plupart du temps j'étais à la poste comme avant..., il savait que j'avais un chéquier, et pis moi, j' faisais pas les comptes, rien, je lui faisais faire les chèques...Et pis, y'a un moment, j'ai appris qu' j'avais des problèmes de chèque, fallait tout régulariser...vous voyez ? »

R6 bénéficie du RSA. Son revenu était viré auparavant sur le compte de l'association 32. Il est désormais sur le compte du Grand Sauvoy, afin que les éducateurs puissent aider R6 à gérer ses finances.

« R6 : Bah, de toute façon euh,... mon compte était au 32, mais vu que maintenant j' fais pu partie du 32, et bah mon compte il est là. »

R11 bénéficie d'une mesure de tutelle. Son tuteur lui donne une somme fixe d'argent de façon hebdomadaire. R11 nous explique que s'il était en possession d'une plus grosse somme d'argent ; cet argent partirait dans la dépense d'alcool.

« R11 : Tout en étant... sous curatelle.

R11 : Et tous les s'maines, j'avais mon argent... (...) Problème de santé, oh bah, c'est disons que si j'ai euh..., si du jour au lendemain, j'vais avoir un surplus d'argent. C'est sûr que j'aurai tendance à partir un p'tit peu en vrac, comme on dit... »

L'éducateur de R12 assure la gestion de son budget. R12 reçoit 40 euros, 2 fois par semaine.

« R12 : Je sais pas, on m'donne 40 euros, j'en sais rien du tout.

M : Parce que vous avez un tuteur ?

R12 : Non.

M : C'est le Grand Sauvoy qui gère vos sous, c'est ça ?

R12 : Thierry, oui. »

R5 est en foyer au Grand Sauvoy pour problèmes de surendettement. Il n'en parle pas durant l'entretien. L'éducateur du CHRS l'aide à gérer son budget.

« M : D'accord et dans votre logement, il y a des éducateurs ?

R5 : Ouais y'a des éducateurs, l'Henri. »

(3) Aide pour accéder à l'emploi

L'éducateur travaille sur un projet professionnel pour R2.

« M : Les éduc aussi ?

R2 : Ah oui, encore Thierry ; ça va... y m'a proposé d'travailler là. Déjà, j'serai quitte de m'embêter... »

R2 précise que le travail lui manque. Il envisage de travailler modérément.

« M : Et puis avec l'éducateur, vous allez peut-être travailler sur un projet professionnel ?

R2 : Non, mais c'est vrai, avec l'éducateur, si j'arrive à trouver un p'tit boulot en sortant d'ici, ce sera déjà bien.

M : Ça vous occupera pour éviter de boire et tout ça, peut-être ?

R2 : Hum, ça m'manque de travailler un peu, hum... »

R5 : contexte : encadré par une éducatrice du GS dans l'équipe d'entretien.

(4) Aide pour le suivi médical

Les éducateurs sont attentifs à l'état de santé des résidents. Ils sont souvent à l'initiative des prises de rendez-vous avec le médecin en accord avec l'intéressé. Ils veillent à ce que les rendez-vous médicaux soient honorés en accompagnant les résidents en consultation.

L'éducatrice a fortement encouragé R6 à aller consulter son médecin traitant. Elle l'a accompagné en consultation.

« R6 : Nan, nan, la dernière fois, c'est la Céline qui m'a emmené.

M : Oui, l'éducatrice. Donc là, c'est elle qui vous a un peu forcé alors, non ?

R6 : Ouais.

M : Ouais, elle vous aide à vous occuper un peu de vous, c'est ça ?

R6 : Ouais.

M : Et ça vous aide ?

R6 : Ouais.

M : Oui ou pas trop ?

R6 : Oh si ! »

R12 a perdu ses lunettes dans un parc. Il attend le retour de son éducateur pour gérer le problème.

« R12 : Non, pas du tout (rire), moi, je ne plaisante pas avec ces gens-là (...) et c'est là qu'j'ai perdu mes lunettes.

M : Mince, il faut en refaire.(...)

R12 : C'est vrai, bah,...j'attends que Thierry revienne. »

(5) Aide pour le suivi psychologique

Les éducateurs orientent R4 vers le CMP.

« M : Les éducateurs ici peuvent vous aider un peu ?

R4 : Bah euh... en fait, ouais si, enfin, je vais recommencer à voir des psychologues, j'vais aller au CMP c'est ce qui m'ont dit de faire, mais bon bah... euh pff »

(6) Aide pour se loger

L'éducateur est en mesure d'aider R2 afin de lui trouver un logement.

« R2 : Même avec Thierry, ça j'en parle pas, d'ça..si à part pour m'aider pour les papiers, ça c'est bien...pour trouver un appart là oui ; autrement, l'reste non. »

Quand R9 s'est retrouvé sans domicile, l'assistante sociale l'a orienté vers le point d'accueil d'urgence, rue Gilbert à Nancy. Les acteurs sociaux lui ont alors trouvé une place en foyer.

« R9 : ...oh où qu' c' est que j' vais aller, et pis dans la tête, j'ai dit mince, y'a Villemin et pis y'a madame F. l'assistante sociale, j'ai tout de suite couru à Villemin...

R9 : Je pensais à Villemin, j' suis allé voir madame F.(...) Alors, c'est elle qui m'a dirigé vers le RSA, après j'allais dormir.

M : RSA, c'est pour les revenus ?

R9 : RSA c'est comment ça s'appelle ?

M : Ce n'est pas Grand Sauvoy?

R9 : Nan, nan, c' est pas Grand Sauvoy. C'est à Nancy c'est, près du cinéma là...

M : Ah oui, près de la rue st Jean, le point d'accueil d'urgence ?

R9 : Oui par là.(...) Alors ils m'ont dirigé pour dormir au foyer Lemir, alors j'ai dormi là-bas pendant un certain temps, la journée j'suis allé à St Anne pour boire mon café, manger un peu quoi. Le soir, j'allais redormir là-bas, ça a peut-être duré une semaine, deux semaines. Pis après c'était madame H. qui s'est occupée de moi, et pis elle me dit j'ai une bonne nouvelle, un jour elle me dit j'ai une bonne nouvelle pour vous, pis elle m'a envoyé ici quoi.

M : D'accord, donc l'assistante sociale, les acteurs sociaux, ils vous ont bien aidé pour le logement ?

R9 : Oui, madame F. m'a bien aidé. »

(7) Incitation au changement

R12 se sent perdu en l'absence de son éducateur, qui le stimule. Il exprime le besoin d'être bougé dans ses habitudes par un éducateur qui va le diriger. Ses propos traduisent une volonté de rupture avec sa vie actuelle et également une incapacité à agir de façon autonome dans cette direction.

« R12 : Bah si, y'a Thierry, mais il est pas là,... c'est lui qui m' r'monte le moral, en fait,...mais il est pas là.

M : Il sera là, la semaine prochaine.

R12 : Bah, j'espère, (...), je sais pas. »

« R12 : Ouais, j'ai besoin qu'on m'bouge, mais Thierry n'est pas là...Céline n'est pas là. Emilie, elle est partie, donc, y'a pu personne.

M : Ah oui, Emilie, elle était bien (...), mais il va y avoir l'arrivée de Sébastien.

R12 : Ouais, mais, il a pas l'caractère, ça n'a rien à voir.

M : Il va vous apporter autre chose Mr R12...

R12 : Moi, j' préfère Thierry,..., au moins, y nous pulse ! (...) des tartes dans la gueule (rire)...ah oui, faut que j'me réveille pace que ça va pu du tout. [...] c'est pas en restant avec une canette, devant la télé, une cigarette, machin... que ça va arranger les choses en fait, au contraire [...] je sais pas ce que vous en pensez ? »

« R12 : J'en suis pas capable, je suis pas autonome,..., je gère rien. »

b) Importance des structures médico-sociales, associatives

(1) Présence d'un médecin dans la structure sociale

La présence d'un médecin au sein de la structure sociale du Grand Sauvoy a permis à R3 de se préoccuper de sa santé. Il est venu de lui-même en consultation. La disponibilité de l'interne répondait à ses besoins de prise en charge rapide, sans délai d'attente.

« M : Donc pour vous le fait que moi je sois là par exemple le vendredi matin, vous pensez que ça vous aide ?

R3 : Euh oui »

(2) Suivi médical effectué

R3 a vécu au foyer Pierre Vivier de l'ARS, où la présence d'un médecin généraliste au sein du foyer a permis son suivi.

« M :,... C'est ce qui vous empêche, vous, d'aller voir un médecin généraliste.(...) »

R3 : Nan, parce que avant, j'étais suivi au niveau de l'ARS. Bah oui il me suivait au niveau de l'ARS.(...) disons que... moi il m'a suivi quelques temps mais il m'a plutôt suivi au niveau de l'ARS. »

La présence d'un interne au sein de la structure sociale du Grand Sauvoy a permis à R3 d'aller consulter un médecin.

« M : Donc pour vous le fait que moi je sois là par exemple le vendredi matin, vous pensez que ça vous aide ?

R3 : Euh oui »

Le planning familial permet à R4 de réaliser son suivi gynécologique.

« M : Donc vous le faites où ?

R4 : Euh, au planning familial. »

R6 a vécu au foyer de l'ARS Pierre Vivier, où il a établi un lien avec le médecin traitant. Il a conservé le même médecin par la suite.

« M :... ça a toujours été Dr Y, votre médecin ?

R6 : Hum.

M : Depuis combien de temps Mr R6 ?

R6 : Ooohh bah, ça remonte à quand j'habitais au 156 déjà ... »

R7 est un résident apatride. Ses soins ont pu être effectués grâce à l'Unité médico-sociale (UMS) de l'hôpital Central. Le patient a été orienté à l'UMS par l'assistante sociale des urgences.

« M : Et c'était un médecin d'où ?

R7 : UMS. »

La vie en foyer freine R11 dans son abus d'alcool.

« R11 : Voilà,..., mais ici je suis obligé de rester correct.

M : Le fait d'être en foyer ça vous aide, c'est ça ?

R11 : Ca m'aide. »

(3) Structures associatives

R1 s'investit énormément dans les structures associatives. Son engagement associatif lui permet d'être inséré socialement et d'estimer alors sa qualité de vie à 10/10.

« R1 : ... J'veus dis, il a fallu que, moi...euh, moi, faut qu'je bouge, j'peux pas rester à rien faire, donc, sorti d'hospitalisation : qu'est-ce que je fais ? j'peux pas travailler, donc j'suis r'tourné vers les assoc. d'entraides. »

La CIMADE est un service œcuménique d'entraide qui s'est mis au service de R7 pour gérer sa situation.

« R7 : Justement, aujourd'hui, j'ai reçu un papier...parce que la CIMADE, vous connaissez la CIMADE ? C'est eux qui reçoivent le courrier.[...] Parce que la situation s'est dégradée en septembre, on a parlé exactement comme ça. Lui, il a lu mon dossier, il s'est intéressé à moi et il a dit : je vais t'aider comme je peux ; c'est pour ça que je suis là. »

(4) Difficulté à vivre en collectivité

R6, R9 expriment la difficulté de se sevrer en alcool quand la grande majorité de l'entourage est alcoolo dépendante.

« R6 : Le problème c'est que, comme je côtoie beaucoup de monde et toutes les personnes que je côtoie ils boivent tous et ben...ben. [...] »

« R6 : Là, euh l'entourage encore, ça va, bon, euh. (...) Bon,..., bon, ça c'est sûr que j'ai pas un bon entourage non plus parce que ici tout le monde boit, alors euh... »

« R9 : Ici, c'est ça hein, l'alcool, ici c'est dur, dur de dire nan, c'est pas facile... C'est ce que je disais au docteur P. ce matin, c'est dur.... »

« M : Ouais, l'environnement est plus difficile à gérer que l'alcool... »

R7, R8, R9 et R12 mentionnent la difficulté de vivre aux cotés de personnes alcoolisées. R9 évoque son caractère facilement irritable. R12 exprime sa colère à être dérangé en pleine nuit par d'autres résidents.

« R7 :...Il y a différents malades, ça se voit,..., ils boivent, ils se disputent... »

« R8 : Ouais, ça dépend des jours...

M : D'accord.

R8 : Ca dépend, quand y ont tous bu, euh ppfff... »

« R9 : Ouais, parce que j'ai pas envie de rentrer le soir et d'être encore bourré, dans un sale état. J' suis déjà pas épais tout ça, pis je supporte pas tout le monde, alors bon... »

« R12 : Pace qu'on est mal entouré,..., vous voyez ce que je veux dire. Les connards qu'y'a à coté, à droite, à gauche... »

« R12 : Quand il est une heure du matin par exemple, et bah y frappent, pourquoi : « t'as pas une bière », et ben voilà. Moi, c'que j'fais, j'attends qui partent, et j'descends voir le veilleur, j'lui dis [...], c'est pas évident, hein, d'vivre ici. « T'as pas une cigarette ? » tout ça ! »

(5) Structures médico-sociales insuffisantes

Dans le cas de R6, il existe peu de perspective de logements médico-sociaux pour l'accueillir.

« M : Et qu'est-ce qui vous aiderait du coup à être en meilleure santé ? ...Sortir du Grand Sauvoy, c'est ça ?

R6 : Pour aller où ? »

R11 nous explique la même problématique à laquelle ont été confronté son tuteur et le directeur de son ancien foyer. Effectivement, la précarité associée à un éthylisme majeur rend les possibilités d'hébergement minimales. R6 et R11 ont trouvé refuge à la stabilisation du Grand Sauvoy, car c'est une structure à bas seuil d'exigence pour ses résidents.

« R11 : Ma tutelle naturellement a toujours aidé, mais non,..., on me trouvait pas de,... Disons l' foyer d' Porschville n'a jamais voulu me r'prendre. Ils me connaissaient très très bien, puisque j'ai habité longtemps ! Disons qu' le directeur du foyer m'a dit : écoutez Mr R11, la seule chose qui me déplairait, c'est de retrouver un cadavre dans une chambre...(...) Et moi, euh, c'est moi le fautif, si je vous vois arriver et que vous étiez ivre mort et que je vous laisse tomber au foyer, c'est moi le responsable, j'peux pas accepter une personne comme vous... »

7. Suggestions d'amélioration du suivi médical

a) Plages horaires sans rendez-vous

R4 évoque son choix d'un médecin généraliste avec des plages de consultations sans rendez-vous. Elle nous explique que la prise de rendez-vous peut être compliquée sans téléphone.

« R4 : Euh bah, en fait mon médecin, il est sans rendez-vous le matin, donc euh...

M : Donc vous y allez que le matin, c'est ça ?

R4 : Hum, après c'est vrai que les rendez-vous. Ouais, j'ai choisi un médecin sans rendez-vous donc...

M : Parce que si c'est sur rendez-vous c'est trop compliqué ?

R4 : Nan, mais en fait, y'a un moment j'avais pas de téléphone donc euh..., pour prendre rendez-vous je galérais à appeler donc y'a ça aussi. Si on a pas de crédit, on peut aller à l'ANPE pour appeler, y'a toujours des solutions mais on a pas toujours envie.

M : Bien sûr donc ça, c'est quelque chose d'important, qui ai une plage horaire sans rendez-vous.

R4 : Ouais. »

b) Tiers payant

La réduction d'avance des frais par le tiers payant effectué par le médecin généraliste a facilité le suivi médical de R8.

« R8 : Bah, parce qu'elle n'avait pas les complémentaires, alors bon, je donnais ce qu'il fallait pour la sécu, la sécu me rembourse.

M : Vous payiez 6 euros 90, c'est ça ?

R8 : Voilà à peu près, j'allais vous dire 7.

M : Oui, c'est ça, c'était le tiers payant en fait.

R8 : Oui, voilà.

M : D'accord, et ça, c'était un avantage pour vous de payer que les 7 euros au lieu des 23 ?

R8 : Oui, oui. »

c) Couverture sociale à simplifier

Le propos de R8 aborde le problème de la complexité de notre système de protection sociale. D'autant plus difficile à comprendre lorsque le niveau d'éducation des patients est faible.

« R8 : Ah, ah, d'après moi, déjà le truc de la sécu là, c'est spécial ! »

d) Suivi médical régulier et fréquent

R9 souhaiterait avoir un suivi régulier et fréquent par son médecin généraliste. Il propose un suivi hebdomadaire ou tous les 15 jours.

« M : Et pour vous, qu'est ce qui faciliterait un meilleur suivi pour les gens chez le médecin généraliste ? Qu'est ce qui permettrait d'avoir un meilleur suivi ?

R9 : Bah, il faudrait un suivi régulier déjà.

M : Et qu'est ce qui permettrait d'avoir un suivi régulier ?

R9 : Bah, d'y aller au moins..., tous les 15 jours ou une fois par semaine.

M : Vous, vous auriez eu besoin d'y aller plus souvent en fait ?

R9 : Ah oui voilà,... »

R11 souhaiterait avoir un suivi mensuel.

« R11 : Bah... c'est-à-dire, comme j'suis maintenant au Grand Sauvoy, d'avoir un rendez-vous un peu plus permanent avec mon médecin traitant.

M : Hum, hum, un suivi régulier, ça vous aimeriez ?

R11 : Un suivi régulier. »

« R11 : Nan, tous les mois ça irait. »

e) Suivi médical imposé

Comme nous l'avons évoqué, R11 suggère un suivi médical rapproché. Il ne s'oppose pas à l'idée que ce suivi soit programmé, imposé par un tiers.

« M : Qu'est-ce qui vous permettrait d'avoir un meilleur suivi médical, ..., qu'est-ce que vous auriez comme idée pour faciliter le suivi par un médecin ?

R11 : Bah... c'est-à-dire, comme j'suis maintenant au Grand Sauvoy, d'avoir un rendez-vous un peu plus permanent avec mon médecin traitant.(...) Un suivi régulier.

M : D'accord, qu'on vous impose un suivi un peu, ça, ça ne vous dérangerait pas ?

R11 : Nan, ça me dérangerait pas.

M : Qu'on vous dise, bah tous les mois Mr R11, tous les mois vous aimeriez ou plus ?

R11 : Nan, tous les mois ça irait. »

f) Temps de consultation augmenté

Les propos de R10 suggèrent une amélioration du suivi médical par des consultations plus longues, pendant lesquelles le médecin dispose de temps pour être à l'écoute de son patient.

« R10 : Bah, là pour les nerfs : la médecine douce.

M : Ouais, ça vous plairait plus ça, vous.

R10 : C'est plus long aussi... »

8. Suggestions d'amélioration de la santé

a) Logement

R2 nous explique que la vie en foyer est plus facile que de vivre en squat où il fallait se rendre à l'abri 32 pour laver le linge, prendre une douche. A la stabilisation, les résidents disposent d'une machine à laver commune, d'une douche personnelle dans chaque chambre et d'un self-service pour le déjeuner et le dîner.

« R2 : Ah, bah, c'est sûr que c'est mieux ici qu'en squat, y'a pas photo là-dessus.

M : Et bien c'est sûr, le sommeil, l'hygiène...

R2 : Bah oui, aussi... ça va, quand j'étais en squat, y'avait l'abri 32 et pis, y'a les bains douches, au niveau d'ça...

M : Les bains douches, c'est ouvert toute la journée je crois ?

R2 : Oui, à part les week-end, parce que y'a les docteurs...on jongle, pour laver linge, c'est au 32, se laver nous-même, au 32..en plus on peut même manger au 32, donc... »

Les propos de R6 nous rappellent que son logement est équipé d'une douche. Il est ainsi plus facile de satisfaire son hygiène corporelle lorsque les moyens pour se laver sont sur place.

« R6 : Bah, j'ai mon petit appartement, j'ai ma télé, j'ai tout ! J'ai même mes fringues qui sont chez moi. J'peux prendre ma douche quand je veux... »

R11 nous explique que la vie en collectivité à travers le foyer limite son alcoolodépendance.

« M : Le fait d'être en foyer ça vous aide, c'est ça ?

R11 : Ca m'aide. »

b) Famille

R2 nous apprend qu'il arrive à résister à la tentation de boire régulièrement grâce au contact de ses enfants.

« M : Et au niveau des dépendances, l'alcool, vous en êtes où?

R2 : Oh, ça va encore...

M : Ne vous faites pas entraîner par les autres résidents, parce que ça va vite ici.

R2 : (Rire), non, j'ai vu oui !...Non, pis même avec les squat que j'ai fait et tout ça, j'ai l'habitude...et pis c'est bien, parce que comme j'vois les gosses régulièrement. »

R8 et R10 abordent le problème du célibat. Ils souhaiteraient partager leur vie avec une femme, ce qui permettrait l'amélioration de leur santé.

« M : Qu'est-ce qu'il y a d'autre qui pourrait vous aider à améliorer votre santé ?

R8 : Moi, ah, ah... (Rire). Une femme !

M : Une femme, ça devrait vous aider à être en meilleure santé ?

R8 : Ah oui, ça oui, ça c'est sûr »

« R10 : J'en ai pu.(...) Ca m'manque ça aussi. »

c) Occupations

(1) Travail

R2, R5, R8, R9 et R11 citent le travail comme moyen de s'occuper et d'améliorer sa santé. L'activité professionnelle leur permettrait de ne pas tourner en rond (R2, R8) et de réduire leur consommation d'alcool (R11).

« R2 : Ah oui, encore Thierry ; ça va... y m'a proposé d'travailler là. Déjà, j'serai quitte de m'embêter. »

« M : 5, d'accord, qu'est-ce que vous pensez qui pourrait améliorer votre santé, pour vous ? Qu'est-ce qui vous aiderait à améliorer votre santé ?

R5 : Oh, le travail.

M : Le travail.

R5 : Ouais, apprécier un boulot, vous savez quand tu travailles,... mais quand tu fais rien...t'es [...]. »

« R8 : Parce que comme ici je m'ennuie, j'fais les pas... (Rire). »

« M : Ah oui, c'est bien ça. Mais, vous aimeriez retravailler en fait ?

R9 : Ah j'aimerais mieux, ça me plairait... Alors là, j'ai pas assez d'occupation en fait... »

« R11 : Ouais aussi, d'être occupé.

M : Vous prendriez moins de boissons ?

R11 : Ah oui, c'est sûr, j'vois les gars qui fendaient le bois, là... Coupe d'arbre.

M : Ça, ça vous plairait ?

R11 : Ah oui ! »

L'entretien de R4 suggère que l'activité professionnelle permet de travailler sur la confiance en soi.

« R4 : Euh j'ai fait, bah j'ai travaillé dans une pizzeria après j'ai fait serveuse, j'ai fait dans les saisons, les vendanges, les pommes de terre et euh... sinon les métiers, le métier où il fallait être le mieux, le plus présentable, c'est,... j'ai travaillé dans les hôtels, à la réception.

M : D'accord et ça, d'être à la réception, vous plaisait ?

R4 : Euh ouais, enfin bref, oui c'est ce métier-là, qui me plaisait le plus en fait... mais comme j'ai pas confiance en moi, j'ai pas, enfin, faut être souriante et tout mais je sais pas j'attends d'être mieux,... j'aimerais bien être souriante et pour les clients, enfin si ils ont quelqu'un qui... c'est pas au top, pour l'instant, je laisse tomber.

M : Hum et ça c'est un domaine qui vous plairait pour plus tard.

R4 : Ouais bah, ouais.

M : Quand ça ira mieux dans votre tête, c'est ça ?

R4 : Ouais. »

R12 mentionne le travail comme source d'amélioration de sa santé. Cependant, ses troubles mnésiques ne lui permettent pas de réinvestir un poste professionnel.

« R12 : Le travail, mais j'peux pu travailler physiquement, j'peux pu. (...) surtout, ne plus retenir...si faire la plonge, (rire), et encore. »

(2) Loisirs

R4 évoque la peinture comme source d'occupation.

« M : Vous n'arrivez pas à trouver de projets qui vous motivent ?

R4 : Ouais voilà, ouais.

M : Ou des occupations pour vous changer les idées?

R4 : Hum, si après les loisirs y'a la peinture, enfin... »

Pour améliorer sa santé, R8 projette de reprendre le sport.

« R8 : Ah oui ça c'est sûr ! (Rire) (...) Y'a plein d'trucs, des fois j'pense, j'dis tiens quand j' sors d'ici je recommence le sport que j'faisais.

M : Le sport ? Ca va vous aider ?

R8 : Ah oui. »

R9 cite des activités comme l'accordéon, la poterie, la cuisine, les visites culturelles comme moyens d'occupation permettant l'amélioration de la santé. Dans son cas, ces activités lui permettent de réduire sa consommation d'alcool.

« M : Qu'est ce qui pourrait améliorer votre santé ?

R9 : Bah, moi c'est d'être déjà protégé et avoir de l'occupation, beaucoup. »

« R9 : Alors je rumine, mais là, à partir du 14 mars on me propose d'aller au FAM pour des activités, parce que je fais de la musique, de l'accordéon, on a été acheter des partitions. Alors, je serai pris tous les jours, alors ça, ça me fait plaisir !

R9 : Et tous les mardis, je vais à « détente et bien être », ça me plaît, ça fait la troisième fois que j'y vais, ça me plaît énormément.

R9 : Alors on part le matin pour 9h. Mardi là, y'a de la poterie, on fait de la poterie ou alors on fait de la cuisine toute la matinée après on mange. Mardi dernier on a fait une sortie, on est parti en train toute l'après-midi, on a été à St Nicolas de Port.

M : Les sorties, ça vous aide ?

R9 : Voilà, pis je pense pas à l'alcool, à rien... ça m' plaît. »

R12 cite la pêche, le sport, les sorties à l'extérieur comme facteurs d'amélioration de sa santé.

« R12 : Je sais pas, aller à la pêche,..., des sorties, ..., du foot...

M : Vous aviez envie d'aller à l'aquarium aussi la dernière fois.., et tout seul, pourquoi vous ne le faites pas ?

R12 : Rue Sainte Catherine, c'est pas la porte à coté, non plus...

M : Oh, vous allez bien aux urgences des fois, rue Ste Catherine, c'est encore plus près d'ici.

R12 : Ouais, mais c'est les pompiers qui m'emmènent (rire) , [...], j'rigole, mais c'est pas marrant. »

« R12 : Le sport, ...mais j'peux pu... »

III. Discussion

A. Limites et biais de la méthode

1. Biais liés à la population sélectionnée

Huit résidents sur douze ont été interviewés dans les suites de l'atelier de formation sur la santé du vendredi matin. Nous nous sommes interrogés sur un éventuel biais à propos d'une population sélectionnée, davantage intéressée par la santé. Les éducateurs de la stabilisation ont infirmé ce biais. D'après eux, les résidents se rendaient à cet atelier plus dans un désir de convivialité et d'échanges que dans un réel souci de leur santé. De plus, les résidents de la stabilisation non interrogés sont dans un état de santé équivalent.

Il est à prendre en compte le choix d'une population vivant au sein d'un foyer social. Comme nous l'avons précisé, l'obtention et le suivi des droits sont assurés par les acteurs sociaux et non des résidents eux-mêmes.

Cinq résidents ont été orientés par leurs éducateurs vers des médecins généralistes connus pour avoir des compétences relationnelles avec les personnes en situation de précarité. Cette donnée intervient probablement dans la satisfaction de la prise en charge médicale.

2. Biais liés à l'interviewer

L'interviewer n'est pas habitué à l'entretien exploratoire, qui nécessite un savoir-faire. Il a essayé au mieux d'éviter les questions fermées même si cela s'est avéré difficile sur le terrain.

L'interviewer n'est pas connu des résidents comme « un médecin traitant classique ». Les rencontres effectuées au cours des ateliers sur la santé ont permis d'établir un lien entre l'interne et les résidents. Cette relation de confiance a sûrement été nécessaire pour préserver la sincérité et peut-être la liberté de parole des enquêtés.

3. Difficultés rencontrées lors des entretiens

Comme nous l'avons décrit, le niveau scolaire de la majorité des personnes interviewées est le secondaire avec l'obtention d'un CAP pour la plupart. La compréhension des questions posées s'est avérée parfois difficile. Dans le souci de ne pas mettre mal à l'aise les résidents, l'enquêteur a posé à plusieurs reprises des questions dans lesquelles les réponses étaient induites. L'expression libre et individuelle peut mettre mal à l'aise certaines personnes, d'autant plus si elles possèdent mal les outils de communication. L'objectif de l'étude n'était pas de renforcer l'écart entre médecin et personnes en situation de précarité. C'est pourquoi l'enquêteur a tenté d'aider les résidents à expliciter leurs propos afin d'éviter un blocage dans la discussion.

L'entretien n°7 a été suspendu par une urgence médicale, à laquelle l'interviewer a dû se rendre. Cette interruption a été bénéfique, car elle a permis de recentrer l'échange sur le sujet.

B. Résultats

L'originalité de notre étude tient au fait qu'elle donne la parole à une population en marge de notre société.

Une autre approche a également été réalisée par l'IRDES, auprès d'un public précaire plus large, dans « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique ». Ce travail publié en 2011 s'est avéré novateur car le concept de renoncement aux soins n'avait jusqu'à présent jamais été clairement défini dans les études et aucun travail méthodologique n'avait analysé la signification que lui donnent les individus.

Les données de notre étude sont donc majoritairement comparées à des travaux dont les observations sont menées par des professionnels insérés dans le milieu de la précarité.

1. Contraintes liées à la personne en situation de précarité

Dans cette partie, nous discuterons les obstacles à la consultation en soins primaires liés au patient précaire lui-même. Notre étude met en évidence différentes caractéristiques propres à la personne en situation de grande précarité entravant dès le départ le processus de soins.

a) Personne figée dans l'enfance : frein à l'autonomie

La plupart des résidents ont eu de lourdes difficultés familiales dans l'enfance, de l'ordre de sévices à enfant, difficultés conjugales des parents avec violence et adultère, placement en foyer ou famille d'accueil. Certains nous les rapportent comme point de départ à des difficultés scolaires, à des comportements addictifs.

Deux résidents expliquent que ces traumatismes d'enfance n'ont pas été évacués et ont des répercussions d'ordre psychologique sur leur vie d'adulte. La plupart d'entre eux exprime un fort besoin d'être guidé, orienté, comme si le manque de repères stables pendant l'enfance les empêchait d'être autonomes à l'âge adulte.

L'absence de reconnaissance familiale dès le plus jeune âge peut engendrer une dégradation statutaire, liée également au bénéfice de l'aide sociale. Ne pouvant bénéficier de l'appui de leurs proches, les individus en situation de précarité se voient contraints de recourir à l'assistance. Celle-ci concrétise l'infériorité sociale et la dépendance. (40)

b) Freins par culture de la résistance

(1) Les marqueurs du corps précaire

Sur le terrain, nous observons des hommes qui portent physiquement les marques de leur passé. Par leur présentation, ces corps donnent à voir la précarité. Le corps révèle son histoire et ses modes de vie laissant apparaître des habitus spécifiques. On observe des séquelles d'alcoolodépendance, de toxicomanie, d'extrêmes maigreurs, de dentition très atteinte et d'hygiène parfois inexistante. Les corps sont abîmés. Ces marques sur le corps renseignent sur le temps passé en situation précaire. Effectivement, on constate que plus la personne s'installe dans le monde de l'exclusion, plus le corps en porte les traces et moins il fait l'objet d'attention chez certains résidents.

Chaque marque possède une signification et correspond à des étapes significatives de leurs itinéraires de vie (scarifications lors d'une dépression, cicatrices d'un accident de travail, tatouage effectué en prison ou à la suite d'une séparation...).

Pour d'autres au contraire, nous constatons qu'il est un lieu d'attention et fait l'objet de véritables stratégies de maintien des apparences.

Certains prolongent le statut « de malade » par la conservation d'accessoires de maladie tels qu'une canne, un plâtre, des pansements... La situation de malade est alors considérée comme plus valorisante que le statut de précaire. Le corps dégradé peut devenir un atout lorsqu'il attire la pitié pour l'aumône.

D'autres vivent difficilement les stigmates de maladie mal prise en charge. Cette situation les conforte dans l'isolement par honte de leur physique.

Dans son ouvrage « Quand on a plus que son corps », Gisèle Dambuyant-Wargny nous expose ces signes de précarité visibles sur le corps des individus précaires. « Ces corps souffrent, ont souffert et ils en portent les traces, entraînant presque irrémédiablement leur « possesseur » dans un parcours de déchéance physique et sociale. » (46)

(2) Le corps précaire et la douleur

Comme nous l'avons abordé dans notre première partie, l'individu projette de recourir à un soin en fonction de l'identification et de l'interprétation qu'il fait de ses symptômes. La population étudiée rapporte un vécu dans la rue plus ou moins long. Les résidents nous informent des mauvaises conditions de leur vie nocturne tels que les aléas climatiques, l'état de stress permanent suite aux actes de violence, vols... Ce mode de vie engendre une culture de la résistance face au manque de sommeil, à la douleur. (46)

Sur le terrain, les résidents nous rapportent une accoutumance et non une négligence à la douleur. Dans cet environnement difficile, le corps fonctionne coûte que coûte. Dans une stratégie de survie, ces individus apprennent à résister physiquement et psychologiquement. Nous pouvons alors évoquer l'idée d'une culture de la résistance aux symptômes à distinguer de situations où ils ne sont pas identifiés. Ce sont ici les conditions de vie qui mettent la douleur au second plan. D'ailleurs, un résident exprime que la vie en foyer va lui permettre de se préoccuper de sa santé.

c) Freins par mode de vie déstructurée

(1) Rapport au temps

Nous constatons que la plupart vive dans des situations où le passé est complexe et parfois incohérent, où le présent est marqué par l'instabilité et l'insécurité, et le futur par l'aléatoire et l'incertitude. Cette donnée est majeure pour les acteurs de la prise en charge médico-sociale. Dans le cadre de la prévention sanitaire par exemple, le message cherchant à convaincre d'abandonner des conduites à risque, ou de s'engager dans des conduites de prévention ne repose-t-il pas fondamentalement sur l'idée que ce que l'on fait au présent engage l'avenir ? (47)

Dans le quotidien, nous observons une importante difficulté de certains résidents à se repérer dans le temps. La vie nocturne prend souvent le dessus sur la journée. L'état d'alcoolisation quasi permanent de certains modifie leur perception du temps. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle chaque consultation externe est prévue avec un éducateur accompagnant afin que le rendez-vous soit honoré.

En revanche, nous remarquons que le repère de l'atelier sur la santé du vendredi matin est bienvenu. L'atelier n'a pas pu être réalisé à deux reprises au cours du mois de décembre 2011. Les résidents ont alors manifesté leur mécontentement à l'interne quant à l'interruption de cette action.

La notion d'immédiateté de la prise en charge médicale caractérise également cette population qui vit dans l'instant. Certains exigent une solution instantanée à leur problème, sans prise de recul face à l'événement. L'inscription dans l'immédiateté est une manifestation connue s'inscrivant dans le concept de « souffrance mentale » lié à la précarité. (48)

D'autres expriment leur inquiétude quant à la durée de la séance de l'atelier. Ceci traduit la peur de ressentir l'état de manque, suite à une alcoolo dépendance marquée. A deux reprises, nous avons été confrontés à un pré delirium tremens durant l'atelier. Cette notion explique l'appréhension des résidents à devoir attendre dans un milieu où ils ne peuvent s'alcooliser. Nous pensons alors aux consultations hospitalières, où la durée d'attente peut atteindre une demi-journée.

Ainsi, le rapport au temps s'inscrit tout le long du parcours de soins du patient précaire.

(2) Instabilité géographique, professionnelle et familiale

Les conditions de vie liées à la précarité telles que l'instabilité sur le plan de l'activité ou du logement ont un impact important sur les possibilités d'accéder aux soins. L'accès aux droits pose également le problème de la réception et de la conservation des papiers justificatifs exigés pour l'ouverture des droits. (49)

La plupart des résidents ont investi de nombreux logements de différents types (personnels, médicaux sociaux, sociaux). Même si la durée de séjour à la stabilisation n'est pas limitée, habiter dans un logement personnel est l'objectif. Ainsi, l'incertitude quant à sa propre localisation géographique, est une contrainte au suivi médical.

De la même manière, les résidents en capacité de travailler se verront contraints de déménager en fonction de l'emploi occupé.

Pour ceux qui ont vécu en couple, la séparation avec leur conjoint a été le motif de rupture de soins avec leur médecin traitant.

Les contraintes professionnelles et familiales ne sont pas spécifiques de notre public. En revanche, l'instabilité géographique par le nombre de logements investis est beaucoup plus importante dans cette population.

d) Freins par manque d'intégration de la santé dans la vie quotidienne

(1) Niveau d'éducation à la santé

Sur le terrain, nous constatons un faible niveau de connaissances sur la santé en général. Environ deux résidents sur dix à chaque séance ont un meilleur niveau de connaissances.

Nos ateliers ont permis de rectifier des idées erronées et d'apporter quelques précisions sur certains sujets. Leur intérêt a permis d'effectuer des échanges interactifs durant les séances. En revanche, nous avons dû répéter de nombreuses fois le même message en raison d'un défaut de mémoire prononcé chez certains résidents, séquelle de l'éthylisme chronique.

Concernant la consommation d'alcool et de tabac, tous les résidents sont bien au courant de leur effet néfaste et mortel. Ils connaissent également les spots d'information, tels que « manger-bouger ». Sujet qui a d'ailleurs fait l'objet d'humour, car ils marchent tous beaucoup et s'alimentent très peu.

Une étude a été menée auprès d'une population de diabétiques de type 2 afin d'établir un éventuel lien entre niveau de précarité et profil des patients (complications, niveau de connaissances). Ce travail rapporte un niveau de connaissances bas pour tous les patients : 38% des patients définissent la notion de diabète, 78% ne savent pas les examens de surveillance des complications et 52% ne savent pas composer un repas équilibré. Cependant, le niveau de précarité n'est pas corrélé au taux HbA1c, aux complications ni à la connaissance de la maladie. (50)

(2) Absence de continuum de la prise en charge médicale

Sur le terrain et dans le discours des résidents, nous constatons une demande de soins en cas de situations aiguës. La plupart des résidents ont un état de santé dégradé et préoccupant, mais il n'est majoritairement pris en compte que dans les cas de dysfonctionnement grave ou de situation irréversible. Les résidents ne semblent faire aucune anticipation de la maladie. La notion de suivi médical préventif n'existe pas. C'est le plus souvent aux urgences qu'ils se présentent pour régler un dysfonctionnement corporel devenu visible ou insoutenable. Monsieur R7 se rend au SAU pour une toux invalidante associée à une altération de l'état général majeur. On diagnostique peu de temps après un cancer pulmonaire évolué.

Une fois la crise aiguë traitée, la plupart ne comprend pas l'utilité de revoir le médecin ou de rester à l'hôpital. Nous pensons que ce fonctionnement est la conséquence d'une faible éducation en santé, d'une « écoute » très tardive des symptômes et surtout la peur des soins médicaux. (46)

Certains résidents se décident à aller consulter un médecin lorsqu'ils visualisent le fonctionnement anormal de leur corps. Après avoir ressenti une réelle inquiétude lors de l'événement, le suivi médical en prévention secondaire sera alors effectué. Monsieur R5 est suivi régulièrement par son médecin généraliste depuis son accident vasculaire cérébral. Avant, il dit ne pas en avoir eu besoin, car il se sentait en bonne santé.

Monsieur R10 nous rapporte que la présence d'un toit lui donne la possibilité de se préoccuper de sa santé et d'avoir alors un suivi. De nombreux échanges sur le terrain nous enseignent que la santé est une préoccupation lointaine lorsque l'on vit dans la rue, car les besoins primaires ne sont pas satisfaits. Ainsi, les personnes précaires se contentent du bon fonctionnement des actes de base comme manger, boire et se déplacer. Intégrer la santé dans sa vie quotidienne implique alors d'avoir ses besoins primaires satisfaits. Ces constats

viennent appuyer l'enquête menée par l'Agence Régionale de Santé (ARS), publiée en avril 2011 « Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires », les professionnels expliquent que « la santé n'est pas une priorité pour les personnes en situation de précarité qui doivent affronter d'autres difficultés au quotidien et faire face aux besoins vitaux essentiels tels que l'hébergement et les besoins alimentaires. La question de préserver son capital « santé » paraît secondaire et bien loin des réalités du quotidien » (49)

e) Intérêt pour la médecine

Cinq à dix résidents sur vingt-deux résidents de la stabilisation sont présents chaque vendredi matin aux ateliers sur la santé. De plus, une dynamique d'échange s'effectue sans difficulté. Cela traduit l'intérêt porté par ces individus pour les sujets de santé. Cependant, le nombre de participants aux ateliers est probablement à pondérer par la soif des résidents à être accompagnés par un intervenant extérieur, à être écoutés.

Les sujets médicaux proposés par eux-mêmes ont été nombreux. Monsieur R2 manifeste son intérêt de recevoir des informations sur la santé.

La plupart des interviewés ont une confiance sans réserve en la médecine. Monsieur R1 pense que la recherche scientifique va lui permettre d'être en meilleure santé.

Certains résidents souffrant de problèmes psychologiques regrettent l'inefficacité de la médecine dans ce domaine. Comme nous l'avons vu précédemment, les difficultés physiques leur semblent mineures au regard de la dureté de la vie quotidienne. En revanche, les souffrances d'ordre psychologique sont davantage pointées. Notre étude est en accord avec la littérature sur le fait que le pourcentage de maladies mentales est plus élevé que dans la population générale. (48) Effectivement, nombreux sont les résidents qui souffrent d'anxiété, de dépression. L'exclusion génère des troubles psychiques, exprimés par certains résidents comme très invalidants. Dans ce domaine, ils déplorent l'inefficacité de la médecine conventionnelle. Monsieur R10 nous évoque « la médecine douce » comme solution à son anxiété. D'après lui, un temps de consultation plus long répondrait à sa demande.

Un résident porte un intérêt particulier pour la médecine non conventionnelle de type homéopathique. Elle lui permettrait de stimuler son immunité naturellement. Cette donnée

nous a étonnés. Nous pensions que la médecine non conventionnelle était plutôt l'apanage de patients à plus hauts revenus, étant donné la faible prise en charge par la sécurité sociale.

L'obtention des médicaments est la raison principale du suivi médical. Cinq résidents sur douze ont un suivi médical régulier (au moins 4 consultations par an), dont deux patients bénéficiant d'un traitement de substitution.

La visite médicale est source de bien être pour Monsieur R12. Il nous exprime son sentiment de libération à la suite de la consultation.

f) Perception de la santé

Un écart important est retrouvé entre la santé perçue par l'enquêteur et la santé perçue par le résident. Monsieur R8 évalue son état de santé à 8/10 alors qu'il présente d'importantes séquelles de son alcoolisme.

A l'opposé, nombreux sont conscients de leur pathologie. Monsieur R7 est en mesure de nous expliquer son problème de décollement de rétine et sa prise en charge. Il a conservé précieusement les documents médicaux dans une poche de sa veste.

Monsieur R12 est inquiet quant à l'évolution de sa maladie. L'annonce récente du syndrome de Korsakoff le déstabilise. Il a pris la mesure de la gravité de sa maladie.

De même, nous constatons sur le terrain un intérêt marqué pour le sujet concernant l'alcoolisme. Fréquemment, nous avons été amenés à échanger sur ce sujet. Durant ces échanges, ils évoquent leur vécu personnel sans honte. Monsieur R11 se qualifie d'alcoolique. Il nous explique également qu'en cas d'obtention d'argent supplémentaire, cela profiterait uniquement à sa consommation d'alcool.

Un autre résident met en exergue une certaine volonté d'être autonome dans la prise en charge de sa santé. Il nous rapporte avec fierté son autogestion de la décroissance de son traitement substitutif. Cette donnée est développée dans l'étude menée par l'IRDES. La peur de se voir attribuer une identité de malade par les médecins participe à l'évitement des soins chez les plus précaires. Identité dévalorisante qui fait perdre la maîtrise de son destin puisqu'il faut s'en remettre aux décisions du médecin. C'est pourquoi les valeurs d'autonomie sont régulièrement mises en exergue par ces individus. (42)

La santé est altérée de façon récurrente par les souffrances psychologiques. Les souffrances d'ordre psychologique sont davantage mises en exergue par rapport aux désordres physiques. (46)

2. Contraintes liées au dispositif de soins

a) Complexité du système de couverture sociale

La complexité du système de protection sociale entraîne un renoncement aux soins. Les démarches à effectuer sont complexes.

Dans la majorité des cas, les résidents connaissent leur situation sociale. Cependant, ils ont besoin d'un tiers pour la gérer correctement. L'assistante sociale intervient pour garantir le maintien de leur droit. Monsieur R2 rapporte l'interruption de la CMU par oubli de son renouvellement lorsqu'il vivait en squat. Effectivement, l'accès à la CMU est poursuivi si le renouvellement est effectué de façon annuelle, il n'y a pas de reconduite automatique des droits.

Avant de recourir à un dispositif, encore faut-il en effet être au courant de son existence, de ses conditions d'éligibilité, des lieux où s'adresser pour effectuer les démarches d'obtention.

Or, il semble encore exister un réel déficit d'information en la matière, comme le prouve l'étude pour « Comprendre les causes du non-recours à la CMU-C ». De nombreux individus, encore aujourd'hui, n'ont pas entendu parler de la CMU, de la CMU-C, ou bien confondent les dispositifs. (51)

Le niveau d'étude est proportionnel à la compréhension du système de protection sociale. Mademoiselle R4 nous rapporte sans difficulté sa situation sociale, elle a un niveau universitaire.

L'absence de couverture sociale induit la non dispense des frais. Mademoiselle R4 interrompt son suivi médical pendant l'interruption de ses droits à la CMU. Elle s'oriente vers le marché noir pour obtenir son traitement substitutif.

En revanche, monsieur R7 est apatride, il ne bénéficie d'aucune couverture sociale et l'absence de protection sociale n'est pas un obstacle pour accéder aux soins. Monsieur R7 se rend à l'UMS (Unité médico-sociale) où des soins médicaux lui sont prodigués.

b) Freins pour raisons financières

Selon de nombreux travaux tel que « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », la proportion de personnes renonçant aux soins augmente lorsque l'état de santé se dégrade et que s'accumulent les vulnérabilités sociales. (37)

Cet obstacle n'a pas été retrouvé dans notre étude. Nos individus précaires à la santé très altérée ne mentionnent à aucun moment cette contrainte.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont épargnés dans la grande majorité des cas par ce type de renoncement. Cependant parmi nos interviewés, seulement quatre en bénéficient.

Les personnes que nous avons interrogées sont probablement conscientes que leur non-recours aux soins est plus un acte d'autonomie qu'un acte subi suite un dispositif de soins onéreux. Effectivement, le renoncement suppose un besoin de soins.

3. Contraintes liées aux prestataires de soins

Dans ce chapitre, nous rapportons les obstacles au suivi médical dus à la relation médecin patient.

De façon générale, le patient précaire nous parle de son médecin généraliste de manière positive.

Nous évoquerons les appréciations positives citées par les résidents dans le chapitre « suggestions d'amélioration du suivi médical », afin de mettre en évidence les qualités du médecin mises en évidence par le patient en situation de précarité.

L'appréciation majoritairement positive de la relation médecin généraliste-patient précaire est à pondérer dans notre étude. En effet, cinq résidents sur douze ont été adressés à un médecin généraliste via un acteur social. Ces derniers travaillent avec quelques médecins de Nancy ou de l'Agglomération Nancéienne, qu'ils connaissent pour être à l'aise avec ce public.

Nous évoquons les contraintes liées au médecin généraliste qui freinent les résidents pour le suivi médical.

La durée en salle d'attente est un obstacle au suivi médical. Comme nous l'avons abordé précédemment, le patient précaire souhaite une prise en charge immédiate. Monsieur R3 désire être pris en charge dès son arrivée au cabinet. Cette notion est vérifiée sur le terrain.

Nombreux résidents sont venus consulter l'interne présent le vendredi matin en raison de sa disponibilité immédiate.

Le manque de disponibilité des professionnels est une difficulté d'accès à la santé vécue par les personnes précaires, alors que les prises en charge aussi bien en matière de soins que de prévention nécessitent de se développer sur la durée. Ce facteur temps joue un rôle très important dans l'accès aux soins pour les plus démunis, il peut provenir d'un manque de moyens. (49)

La distance sociale avec le médecin généraliste peut être ressentie par certains patients. Monsieur R2 pense que l'appartenance à des normes sociales différentes l'éloigne de son médecin. Ainsi, il ne lui communique pas toutes les informations car il pressent, peut-être à tort, une incompréhension du médecin traitant sur son mode de vie.

De plus, il souligne l'absence d'intérêt de son médecin généraliste pour sa vie sociale. Son médecin n'est donc pas au courant de son lieu de vie en squat. Est-ce par désintérêt ou par méconnaissance de la problématique du logement que peuvent subir les patients précaires que le médecin généraliste ne l'interroge pas à ce propos ?

Concernant la communication avec le médecin traitant, les avis sont mitigés. Certains mentionnent un échange pauvre avec peu d'interrogations de la part du médecin. Cela ne leur permet pas d'exprimer leurs difficultés. D'autres estiment être insuffisamment écoutés. Monsieur R10 évoque un médecin traitant pressé par le temps, notamment par la présence d'un nombre important de patients en salle d'attente. Il déplore également les interruptions de consultation par les appels téléphoniques.

Sur le terrain, nous avons constaté que les résidents avaient besoin d'être en confiance pour se livrer. La confiance se crée avec le temps. Compte tenu de la difficulté d'expression et du poids de l'histoire de vie de ces patients, nous pensons qu'il est nécessaire de manifester un réel intérêt pour leur problématique de santé pendant une consultation probablement plus longue que d'habitude et non entrecoupée.

Le médecin généraliste est perçu par certains comme un délivreur d'ordonnance. Ils reprochent au médecin d'être uniquement polarisé sur le renouvellement d'ordonnance pendant la consultation. Monsieur R11 souhaiterait une prise en charge globale et non uniquement médicamenteuse. Monsieur R2 souligne le problème du marché noir fourni par le

corps médical. Son médecin généraliste lui prescrit un traitement substitutif sans réévaluation depuis trois ans. Il mentionne une prescription routinière et à la demande.

L'enquête menée par l'ARS décrit un accueil parfois désagréable réservé à cette population par les professionnels de santé. (49)

De même, l'étude de l'IRDES rapporte dans ses entretiens semi-directifs des expériences avec des professionnels médicaux vécues comme des humiliations ou une stigmatisation, renforçant alors une faible estime de soi et produisant une mise à distance des espaces sanitaires. (42)

Dans notre travail, nous ne retrouvons pas ces données.

4. Place de la prise en charge sociale

Les acteurs sociaux ont un rôle majeur dans l'accompagnement des personnes en situation de grande précarité.

Au Grand Sauvoy, au moins un éducateur est présent quotidiennement. Chaque résident est soutenu par un éducateur pour assurer un suivi individuel afin d'envisager une réinsertion sociale.

La présence d'un éducateur au sein de la stabilisation permet d'assurer la gestion de la vie quotidienne. Les résidents peuvent avoir un interlocuteur à chaque moment de la journée. La stabilisation est un logement à bas seuil d'exigences. Cependant quelques règles sont instaurées. Les éducateurs gèrent le respect de ces règles comme par exemple le fait de ne pas fumer ni boire dans la salle commune. Depuis peu, l'équipe sociale a décidé de visiter chaque chambre deux fois par semaine. Cette mesure est instaurée afin d'éviter aux résidents de vivre dans des chambres insalubres. Certains sont rassurés par le passage des éducateurs dans leur chambre. En effet, Monsieur R11 angoisse de mourir seul d'alcoolisation aigüe sans que personne ne s'en rende compte.

Dans le discours des résidents, nous percevons l'importance des acteurs sociaux présents au foyer.

Dans un premier temps, ils se préoccupent des démarches administratives comme l'ouverture des droits sociaux auprès de divers organismes. Monsieur R3 nous explique que sans l'aide de son éducateur, il ne serait pas capable de gérer ses droits. L'état de santé de Monsieur R2 était

si préoccupant, que son éducateur a effectué une demande d'AAH, attribuée dans le cas de pathologies lourdes. Cette allocation est plus importante que le RSA.

Les travailleurs sociaux assurent également la gestion des finances des résidents. Une somme fixe est très fréquemment donnée au résident par un éducateur ou un tuteur une à deux fois par semaine. Monsieur R11 nous confirme que s'il possédait une grosse somme d'argent, celle-ci se volatiliserait en achat d'alcool.

De même, les acteurs sociaux sont attentifs à l'état de santé des résidents. Comme nous l'avons vu précédemment, ils tentent de maintenir un certain niveau d'hygiène dans les locaux. Ils sont souvent à l'initiative d'une prise de rendez-vous avec le médecin généraliste en accord avec l'intéressé, lorsqu'ils constatent une dégradation de son état de santé. Ils veillent également à ce que les rendez-vous soient honorés en accompagnant les résidents en consultation. Monsieur R12 a perdu ses lunettes dans un parc. Il attend le retour de son éducateur pour gérer le problème. Ceci traduit bien le manque d'autonomie de Monsieur R12 concernant la gestion de sa santé.

Les travailleurs sociaux sont également soucieux de l'état psychologique des résidents. Leur accompagnement lors des entretiens individuels leur permet d'effectuer un soutien psychologique. Ils les orientent également vers d'autres structures comme le CMP.

Sur le terrain, l'interne travaille parfois en binôme avec l'éducateur d'un résident lors d'une consultation. De cette façon, il est plus facile d'envisager un projet médico-social comme une cure de désintoxication pour Monsieur R12 par exemple.

L'aide à l'attribution d'un logement ou le maintien dans les lieux constitue également un champ d'action des acteurs sociaux. Par exemple, lorsque monsieur R9 s'est retrouvé sans domicile, l'assistante sociale l'a orienté vers le point d'accueil d'urgence, rue Gilbert à Nancy. Les éducateurs sur place lui ont ensuite trouvé un logement en foyer.

La réinsertion professionnelle est peu envisagée avec notre public. Cette insertion exige une remise à niveau, un apprentissage de l'hygiène corporelle, le respect des horaires. Les résidents de la stabilisation sont des personnes très déstructurées dans leur vie sociale. Un seul résident travaille au Grand Sauvoy dans l'équipe d'entretien.

De façon plus générale, les acteurs sociaux ont un rôle important de soutien pour les personnes en situation de grande précarité. Nous percevons dans leur propos qu'ils se sentent perdus sans leur éducateur. Certains, comme Monsieur R12, expriment le besoin d'être bougés dans leurs habitudes par des éducateurs qui vont les coacher. La plupart des résidents ne demandent plus rien. Soit parce qu'ils sont usés soit parce qu'ils sont installés dans un mode de fonctionnement trop marginal. Cependant, ils ont besoin d'être accompagnés. La présence des acteurs sociaux a pour objectif d'améliorer leurs conditions d'existence. Bien évidemment, la réalisation des projets de réinsertion sociale s'avère souvent fastidieuse. Mais ces personnes malmenées depuis souvent plusieurs années sont demandeuses de cet accompagnement social. (46)

5. Suggestions d'amélioration du suivi médical

La mise en place d'un bon suivi médical découle d'une relation satisfaisante avec le médecin traitant. C'est pourquoi, nous évoquerons dans ce chapitre, les qualités du médecin généraliste retenues par les résidents interviewés.

Les propos de Monsieur R8 traduisent l'importance d'une prise en charge globale de ses difficultés par son médecin traitant. Il évoque un praticien à son service dans la mesure du possible. La préoccupation du médecin généraliste pour que son patient bénéficie d'une couverture sociale à jour est également citée. La complexité du système de protection sociale rend sa compréhension difficile, d'autant plus que le niveau d'éducation des patients est faible.

Hector Falcoff dans « le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? » souligne l'intérêt d'enregistrer systématiquement la position sociale des patients dans les dossiers pour deux raisons principales. D'une part, cette position exprime un risque social plus ou moins élevé et la connaissance de ce risque oriente la prise en charge. D'autre part, s'intéresser à la position sociale des patients permettrait de réduire les inégalités en les mesurant au préalable. (36)

Une relation de confiance entre le patient et son médecin est nécessaire pour assurer un bon suivi médical. Monsieur R11 souligne l'importance d'être en vérité avec son médecin traitant. Les discours de Monsieur R6 et R11 traduisent l'importance de la connaissance de l'histoire

médicale du patient par le médecin généraliste. On suppose ici qu'une relation de confiance a été établie sur une longue période.

La facilité d'approche du médecin généraliste avec le patient facilite la communication. Monsieur R6 mentionne la consultation médicale comme un lieu qui lui permet d'échanger avec un professionnel avenant. La communication sous-entend une écoute attentive de l'interlocuteur. Certains nous en rappellent son importance.

Pour les résidents satisfaits de leur prise en charge, nous percevons dans leur discours un lien fort avec leur médecin à travers différents adjectifs qualificatifs positifs : « super médecin, super gars, super sympa, très bien, gentil, j'l'adore. »

Nul doute que la satisfaction des patients soit importante car il est évident que les personnes satisfaites seront plus enclines à poursuivre leur suivi médical.

Selon Peter Tate dans « Soigner (aussi) sa communication », ce n'est pas le temps passé avec un patient qui fait une grande différence, mais surtout une bonne communication et le style de consultation. Il semble que les médecins chaleureux et amicaux ont plus de chance de satisfaire leurs patients que les professionnels froids. Cette donnée n'est donc pas spécifique de notre population précaire. Tous les patients aiment que le médecin leur sourit, leur soit amical et les écoute réellement, moyennant quoi ils sont prêts à accepter sans être rebutés certains messages, même les plus déplaisants concernant leur santé. (52)

Les facilités de paiement, par la réalisation du tiers payant permettent à Monsieur R8 d'effectuer correctement son suivi médical. Il avance six euros quatre-vingt-dix au lieu de vingt-trois euros. Le médecin traitant de Monsieur R10 lui permet la dispense d'avance des frais même si celui-ci a perdu sa carte vitale. En mars 2000, le Centre de Recherche, d'étude et de documentation en économie de santé (CREDES) notait que le tiers-payant, plutôt qu'un effet inflationniste, avait un réel effet de justice sociale. Il permet aux personnes à bas revenus de rattraper le niveau de dépense des plus aisés et limite le renoncement aux soins pour raisons financières. (53)

Sur le terrain, la présence d'un médecin au sein de la structure sociale du Grand-Sauvoy a permis à certains résidents de bénéficier de consultations médicales. Ainsi, la proximité géographique est un atout pour la mise en place du suivi médical. De plus, le médecin présent au foyer se rend d'autant plus compte des conditions de vie de son patient. Plusieurs résidents nous informent de l'importance des structures médico-sociales, permettant un suivi médical.

Mademoiselle R4 réalise son suivi gynécologique au planning familial. Monsieur R4 a établi un lien fort avec le médecin du foyer de l'ARS Pierre Vivier. Il a conservé le même médecin par la suite. De cette façon, ces structures médico-sociales permettent d'initier un projet de soins et d'envisager un suivi médical ultérieur.

Plusieurs pistes concernant le dispositif de soins nous sont suggérées afin d'envisager un meilleur suivi médical.

La conservation de plages horaires sans rendez-vous permet aux patients en situation de grande précarité de venir consulter plus facilement. Si le rendez-vous constitue indéniablement un confort pour le médecin et pour de nombreux patients, il n'en représente pas moins un frein pour certains. Prendre rendez-vous est un acte complexe qui nécessite un moyen téléphonique ou un déplacement préalable chez le médecin. Certains vivent au jour le jour, il leur est difficile de se projeter suffisamment dans l'avenir pour prendre rendez-vous. (54)

Dans notre étude, la plupart ne dispose pas de portable. Mademoiselle R4 nous informe de son choix d'un médecin généraliste avec plages de consultations libres. Elle nous explique que la prise de rendez-vous est compliquée sans téléphone.

Concernant la fréquence des consultations, certains souhaitent un suivi médical rapproché et régulier. Ils proposent un suivi tous les quinze jours ou mensuel. Dans le même sens, d'autres souhaitent bénéficier de consultations pendant lesquelles le médecin dispose de temps pour les écouter. Concernant la fréquence des consultations, rien ne les empêche actuellement de se rendre mensuellement chez leur médecin traitant. Monsieur R11 nous suggère qu'il faudrait que ce suivi soit programmé, voir imposé par un tiers.

Plusieurs études d'observation ont montré une association positive entre la durée des consultations et la qualité des procédures et des résultats des soins. (55) Cependant, la solution qui consiste à dégager plus de temps pour la consultation est compliquée. Pour ce faire, Hector Falcoff propose au médecin généraliste, soit de réaliser des consultations longues, ce qui est pénalisant pour lui dans un système de paiement à l'acte, soit en faisant revenir les patients de manière rapprochée tout en étant gérable pour le patient. (36)

6. Suggestions d'amélioration de la santé

Lorsqu'on interroge les résidents à propos de ce qui pourrait améliorer leur santé, ils nous informent que l'accès à un logement, la présence d'une famille et le fait d'être occupé sont les pré-requis pour être en bonne santé.

L'accès au logement permet de satisfaire facilement l'hygiène corporelle. Effectivement, la présence au sein du foyer de moyens pour se laver ou de nettoyer son linge permet de satisfaire l'envie de propreté de certains résidents. Monsieur R6 est comblé d'avoir une douche personnelle et un logement pour entreposer ses vêtements.

De plus, le logement permet également d'entreposer de la nourriture, de se faire à manger. Une alimentation régulière et équilibrée est une préoccupation lointaine des personnes en situation de grande précarité vivant dans la rue ou en squat. L'accès à un logement permet donc aux résidents de s'alimenter régulièrement.

Le logement en foyer rend l'hygiène corporelle et l'alimentation régulière possible. Cependant, nombreux résidents expriment leurs difficultés à vivre en collectivité, où le phénomène d'entraînement à l'alcoolisation est important. Selon messieurs R6 et R9, s'initier à un sevrage en alcool est un réel problème lorsque tout l'entourage boit en permanence. D'autres mentionnent leur colère d'être dérangés en pleine nuit par d'autres résidents qui les sollicitent afin d'obtenir une cigarette ou du feu.

Très peu de nos résidents interrogés ont de liens avec leur famille. Cependant Monsieur R2 nous apprend que le contact avec ses enfants lui permet de résister à la tentation de boire régulièrement. De cette façon, le fait d'avoir des enfants stimule Monsieur R2 à maintenir un niveau de santé satisfaisant.

De même, certains soulèvent le problème du célibat qui ne les incite pas à se préoccuper de leur santé.

Pratiquer une activité dans la journée est un facteur d'amélioration de la santé. Beaucoup souhaiteraient avoir une activité professionnelle qui leur permettrait de ne pas tergiverser et surtout de réduire leur consommation d'alcool. Mademoiselle R4 nous précise que l'obtention d'un travail lui permettrait d'avoir confiance en elle. Cependant, nous sommes face à une problématique complexe. Comme nous l'avons vu précédemment, le projet professionnel est

peu mis en œuvre car la possibilité de travailler nécessite à priori une aptitude physique et mentale. Ainsi l'insertion professionnelle suppose un corps en bonne santé.

En dehors de l'activité professionnelle difficilement réalisable pour beaucoup de nos résidents au corps malade, nombreux citent les loisirs comme moyens de s'occuper et d'accéder à la santé. Monsieur R9 mentionne l'accordéon, la poterie, la cuisine, les visites culturelles comme moyens d'occupation lui permettant de réduire sa consommation d'alcool. Monsieur R8 projette de reprendre le sport pour améliorer sa santé.

Les facteurs d'amélioration de la santé vus par notre population précaire est en accord avec l'OMS qui précise que la santé est un état de bien-être total physique, social et mental de la personne, et pas seulement la simple absence de maladie ou d'infirmité. La prévention et les soins ne sont donc pas les seuls moyens au service de la santé, il y a aussi : les lois, les orientations politiques en environnement, l'aménagement du territoire... La santé de la population devient alors une responsabilité collective. (56)

C. Pistes de travail

1. Formation médico-sociale des médecins généralistes

Une formation renforcée des professionnels de santé permettrait de donner quelques clés indispensables à adopter face à une population souvent éloignées des normes sociales du médecin.

La médecine de la précarité est « une médecine des gens blessés dans leur dignité même et peut être plus que tout autre, une médecine de la relation et de la compassion ». Il s'agit tout autant de prendre en compte la souffrance physique que psychologique.

D'après M. Ducloux, la première démarche est l'accueil. Ce premier pas n'est pas toujours simple tant pour le malade dépourvu qui n'ose pas, a honte, ou est réticent à s'adresser au médecin qui, de son côté, doit recevoir parmi sa clientèle habituelle ce patient différent parfois dans un état « dérangeant ». Il peut être tenté de le diriger vers une association ou une structure hospitalière. Il peut également, ce qui est plus conforme à notre vocation, le recevoir

comme tout un chacun, ce qui constitue un premier acte de resocialisation et de respect à tout malade. (57)

La deuxième démarche est une démarche de soins et de prévention. La qualité de l'accueil est déjà partie prenante des soins. Le traitement sera assorti de recommandations, de conseils essentiellement d'hygiène et de comportement, notamment quand sont pressenties des conduites addictives.

Peu d'études d'intervention concernant les modifications du déroulement des consultations conçues pour réduire les inégalités sociales de santé ont été publiées. Une intervention, rapportée par Hector Falcoff, vise à rendre le patient plus actif pendant la consultation. Pour cela, il lui est demandé de compléter, en salle d'attente, un questionnaire préparatoire à la consultation, ou de lire une brochure d'information, l'incitant à poser des questions et à exprimer ses idées sur le diagnostic et le traitement pendant la consultation. Plus de la moitié des études d'activation des patients montrent des résultats positifs comme une réduction de l'anxiété ou une amélioration de l'état fonctionnel des patients. (36)

Savoir communiquer exige et suppose tout au moins une connaissance d'un milieu différent, d'un comportement qui ne peut s'expliquer que par un long passé de souffrance et de misère difficile à exprimer. Cette démarche nécessite une formation appropriée face à des situations difficiles à gérer. Aux Etats-Unis, certains programmes ont été mis au point pour améliorer la compétence culturelle des professionnels. L'impact de tels programmes sur les inégalités n'est pas démontré à ce jour. Mais il semble que les individus peuvent, sous certaines conditions, consciemment écartier les à priori associés de manière plus ou moins automatique à la catégorisation sociale. Un professionnel de santé est moins influencé par ses à priori si :

- 1) Il a pris conscience de leur existence,
- 2) Il est fortement motivé pour les remplacer par des informations objectives,
- 3) Il dispose du temps et des ressources cognitives suffisantes pour accomplir ce travail. (58)

Connaître les droits auxquels le malade peut prétendre est indispensable. Notre objectif est de le diriger vers les structures adaptées pouvant lui permettre de retrouver ses droits.

Il est également préférable d'éviter de positionner la personne dans une situation dérangeante en se renseignant sur sa situation sociale, avant de lui demander les honoraires de la consultation.

Il paraît indispensable qu'une formation sur ces différents points soit introduite dans le cursus des études médicales, car soigner les plus démunis ne peut être facultatif.

2. Collaboration médico-sociale

Notre étude met en évidence la place majeure de la prise en charge sociale pour les personnes en situation de grande précarité. Cependant, les acteurs sociaux sont face à un public dont la santé est très altérée et les projets d'insertion, en vue d'accéder à une certaine autonomie, nécessitent d'avoir une condition physique et psychologique satisfaisante. Effectivement, nous constatons que la majeure partie des freins à la consultation en soins primaires correspond aux contraintes liées à la personne en situation de grande précarité elle-même.

De plus, peu des sujets interrogés font des problèmes de santé un facteur d'exclusion, alors que la plupart sont en mauvaise santé. Ces difficultés leur semblent mineures en regard de la dureté de la vie quotidienne. Ils sont satisfaits du bon fonctionnement des actes de base comme manger, se déplacer, dormir, un état de santé suffisamment opérant pour leur permettre de fonctionner mentalement et physiquement. Ces individus ne sont donc pas partie prenante de leur insertion et n'envisagent pas d'éventuels projets comme des changements de modes de vie, l'amélioration de leur santé. La problématique des professionnels est donc d'élaborer une prise en charge globale avec pour premier objectif la réappropriation d'un corps détérioré. Comment réinvestir un corps qui souffre et qui pour diverses raisons a été malmené ? Comment cela est-il pris en compte dans un projet d'insertion qui vise l'amélioration de l'existence de la personne ?

Il faut imaginer des prises en charge novatrices avec des plans visant principalement la « récupération corporelle ». Ces plans d'aide viseraient principalement, voire uniquement, la gestion du corps afin d'améliorer son état ou du moins stopper ou freiner sa détérioration. (46) Pour cela, une prise en charge globale est nécessaire : médicale et sociale. Si la prise en charge fait défaut sur un des deux plans, l'amélioration de la situation de l'individu ne sera que partielle et vouée à l'échec, à plus ou moins long terme. Cela implique une connaissance

mutuelle et une reconnaissance d'un travail complémentaire entre professionnels du champ médical et social. (49)

La prise en charge des plus démunis implique des compétences professionnelles plurielles, telle que la capacité à travailler en réseau. L'approche pluri-disciplinaire bouleverse les repères de travail habituels et s'avère chronophage au sein d'une activité libérale, telle qu'elle fonctionne actuellement.

Concrètement, la présence d'un médecin généraliste au sein d'une structure sociale permet de rendre effective la collaboration médico-sociale, où s'établit une relation de confiance entre les différents acteurs. Il est indispensable de trouver des espaces de travail en commun pour ces différents professionnels afin de favoriser l'échange des pratiques.

Conclusion

Homme de 51 ans éthylique au long passé de rue, jeune femme toxicomane bénéficiaire du RSA, serbo-croate en situation irrégulière..., toutes ces personnes référencées parmi les plus démunies de notre société sont pourtant le reflet de réalités sociales extrêmement différentes de par leur passé, leur quotidien et leur mode vie. Les personnes concernées par la précarité ne forment pas une communauté sociale homogène.

Sous le terme générique de précaire sont regroupées des personnes confrontées à un ensemble diversifié de situations instables, génératrices de difficultés multiples. Bien souvent, ces personnes n'ont en commun que la forme de leur trajectoire, marquée par un cumul de handicaps et une altération progressive des liens sociaux.

Dans le sens commun, les plus démunis appartiennent à un groupe bien délimité trop souvent jugé et caricaturé comme regroupant des individus « qui n'ont pas eu de chance mais qui ne font pas d'efforts pour s'en sortir ». Jugement péremptoire d'autant plus marqué concernant la santé dans la mesure où l'accès aux soins paraît accessible à tous dans notre pays.

Dans cette étude, nous sommes partis à leur rencontre pour comprendre leurs difficultés à aller consulter en soins primaires. Deux types d'obstacles ont été mis en évidence : les obstacles propres au patient en situation de précarité et les obstacles liés au dispositif de soins.

Les freins à la consultation en soins primaires inhérents à la personne précaire sont majoritairement mis en évidence dans notre travail.

Un des points essentiels concerne le corps du patient précaire. Par sa présentation, le corps nous donne des renseignements précis quant à son inscription dans la précarité. Nous y percevons la fragilité de l'individu, notamment par la fréquence et l'accumulation des conduites à risque. Un corps souvent surexploité, dont les besoins sont restreints. L'accoutumance à la douleur est la conséquence d'une stratégie de survie pour un corps évoluant dans un environnement hostile. La réappropriation des repères corporels est un axe de travail majeur pour les professionnels.

D'autre part, nous sommes face à un public peu autonome. L'aide d'un tiers est souvent nécessaire pour initier un parcours de soins. Figés dans l'enfance suite à des difficultés familiales non résolues, ils souffrent de fragilités psychologiques majeures.

Le mode de vie déstructuré est peu propice au suivi médical régulier. La perception modifiée du temps ne les amène pas à s'inscrire dans une prise en charge à long terme. S'y ajoute une importante instabilité géographique et familiale ne permettant pas la création de lien avec un médecin traitant.

De cette façon, la santé n'est pas intégrée dans leur vie quotidienne. Installés dans un mode de vie marginale où la dureté de la vie est omniprésente, ils se contentent d'un état de santé minimum leur permettant d'assurer les actes de base.

A propos des contraintes liées au dispositif de soins, nous retenons la complexité du système de couverture sociale. Cette complexité n'en facilite pas la compréhension chez un public au faible niveau scolaire, barrière toutefois palliée par la présence d'acteurs sociaux au foyer permettant d'assurer l'accès et le maintien des droits.

La relation des personnes en situation de précarité avec leur médecin généraliste est plutôt satisfaisante. Certains reproches lui sont attribués comme le manque de temps accordé, un intérêt insuffisant ou absent pour la prise en charge sociale.

A travers notre étude, nous avons réalisé l'importance de l'accompagnement des éducateurs auprès de ce public. La problématique des acteurs sociaux est de réinsérer ces personnes au corps délabré. Comment peut-on envisager un projet de vie lorsque le corps est désinvesti ?

Une collaboration entre médecins généralistes et travailleurs sociaux paraît indispensable. Les structures médico-sociales sont propices à l'échange entre les différents professionnels, où soigner, réadapter, resocialiser vont de pair.

Annexes

Annexe 1 : Minima sociaux et prestations sociales en 2009 (20)

Les dispositifs en faveur des ménages à revenus modestes

• **Le revenu de solidarité active (RSA)**, entré en vigueur le 1er juin 2009, s'est substitué pour sa partie socle au revenu minimum d'insertion (RMI) et socle majoré à l'allocation de parent isolé (API), en France métropolitaine. Il garantit des ressources minimales à toute personne âgée d'au moins 25 ans ou assumant la charge d'au moins un enfant né ou à naître. Il complète également les revenus d'activité des travailleurs aux ressources modestes.

Au 1er septembre 2010, le dispositif du RSA a été élargi aux jeunes actifs âgés de 18 à 25 ans sans enfant à charge, sous condition préalable d'activité professionnelle (l'équivalent de deux années travaillées au cours des trois dernières années).

Le RSA est en vigueur dans les DOM depuis le 1er janvier 2011.

• **Le revenu minimum d'insertion (RMI)**, créé en 1988, garantissait des ressources minimales à toute personne âgée d'au moins 25 ans ou assumant la charge d'au moins un enfant né ou à naître. Le RMI a été maintenu jusqu'au 31 décembre 2010 dans les DOM, avant la mise en place du RSA.

• **L'allocation de parent isolé (API)**, créée en 1976, s'adressait aux personnes sans conjoint assumant seules la charge d'enfant(s) (enfant à naître, enfant de moins de trois ans ou, dans certains cas, de trois ans ou plus). Elle a été maintenue jusqu'au 31 décembre 2010 dans les DOM, avant la mise en place du RSA.

• **L'allocation de solidarité spécifique (ASS)**, instituée en 1984, est une allocation de chômage s'adressant aux chômeurs ayant épuisé leurs droits à l'assurance chômage, et qui justifient d'au moins cinq années d'activité salariée au cours des dix dernières années précédant la rupture de leur contrat de travail.

• **L'allocation équivalent retraite de remplacement (AER-R)**, créée en 2002, est une allocation de chômage destinée aux demandeurs d'emploi, âgés de moins de 60 ans, qui totalisent 160 trimestres de cotisations à l'assurance vieillesse. Cette allocation a été supprimée le 1er janvier 2011.

• **L'allocation temporaire d'attente (ATA)**, créée en 2005, est une allocation de chômage qui remplace l'allocation d'insertion (AI) de 1984, pour les entrées dans le dispositif depuis novembre 2006. Elle est réservée aux demandeurs d'asile, aux apatrides, aux anciens détenus libérés, aux salariés expatriés non couverts par l'assurance chômage, ainsi qu'aux bénéficiaires de la protection subsidiaire ou temporaire et aux victimes étrangères de la traite des êtres humains ou du proxénétisme.

• **L'allocation aux adultes handicapés (AAH)**, instituée en 1975, s'adresse aux personnes handicapées ne pouvant prétendre ni à un avantage vieillesse ni à une rente d'accident du travail.

• **L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI)**, créée en 1957, s'adresse aux titulaires d'une pension d'invalidité servie par le régime de Sécurité sociale au titre d'une incapacité permanente.

• **L'allocation veuvage (AV)**, créée en 1980, s'adresse aux conjoints survivants d'assurés sociaux décédés.

• Les allocations du minimum vieillesse (ASV et ASPA) : l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV), créée

en 1956, s'adresse aux personnes âgées de plus de 65 ans (60 ans en cas d'inaptitude au travail) et leur assure un niveau de revenu égal au minimum vieillesse. En 2007, l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) entre en vigueur et se substitue à l'ASV pour les nouveaux entrants.

- **Le revenu de solidarité (RSO)**, créé en décembre 2001 et spécifique aux départements d'outre-mer (DOM), est versé aux personnes d'au moins 50 ans, bénéficiaires du RMI depuis au moins deux ans, qui s'engagent à quitter définitivement le marché du travail. À partir du 1er janvier 2011, le RSA s'applique dans les DOM et la condition d'âge pour le RSO est portée à 55 ans. Les personnes de moins de 55 ans entrées dans le dispositif avant cette date peuvent continuer à en bénéficier.

Les prestations familiales, regroupent, outre les allocations familiales (la composante universelle), plus d'une dizaine d'allocations, compléments et aides diverses. Elles concernent l'entretien des enfants, les aides à la naissance et aux jeunes enfants et les aides aux familles monoparentales.

Les aides au logement, sont composées de **l'aide personnalisée au logement (APL)**, créée en 1977, qui s'applique à certains types d'allocataires indépendamment de leurs caractéristiques familiales, de **l'allocation de logement familiale (ALF)**, créée en 1948, qui concerne les familles avec des personnes à charge et les jeunes ménages mariés depuis moins de cinq ans n'entrant pas dans le champ de l'APL, et de l'allocation de logement sociale (ALS), créée en 1971, attribuée, sous condition de ressources aux personnes ne pouvant bénéficier ni de l'APL ni de l'ALF. Ces aides couvrent une partie de la dépense de logement (loyer, mensualité de remboursement pour les accédants à la propriété ou charges).

La prime pour l'emploi, mise en place en 2001, consiste en un crédit d'impôt accordé sous condition de ressources globales du foyer fiscal aux personnes en emploi disposant de faibles revenus d'activité.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), instaurée en 1999, permet la prise en charge par la collectivité des frais de couverture complémentaire des Français et des étrangers en situation régulière.

GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE

A- Identification des patients en situation de précarité :

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre lieu de vie ? (Logement durable, provisoire, SDF, squatte)
- 3- Avez-vous un compagnon ? Des enfants ? Si oui, vos enfants sont-ils à votre charge ?
- 4- Jusqu'où êtes-vous allé à l'école ? (Niveau primaire, secondaire, supérieur)
- 5- Bénéficiez-vous d'une couverture sociale ? (CMU, CMUc, AME, régime général, ALD..)
- 6- Quelles sont vos ressources financières ? (RSA, salaire, pension de retraite, APA, AAH, PCH, allocations familiales, invalidité, pas de revenus..)
- 7- Avez-vous eu des problèmes avec la justice ? (Procès en cours, incarcération, situation irrégulière, TIG) ? Des difficultés judiciaires ? (demande d'asile, droit de garde de vos enfants, pension alimentaire, surendettement, procédure d'expulsion, reconnaissance du handicap..)
- 8- Pour la gestion de l'argent, vous a-t-on attribué un curateur ou un tuteur pour vous aider ?
- 9- Avez-vous des problèmes de santé ?
- 10- Prenez-vous un traitement quotidiennement ? Lequel ?
- 11- Est-ce que vous prenez de l'alcool, de la drogue, est-ce que vous fumez ?
- 12- Avez-vous eu un deuil récent ?

B- Les patients en situation de précarité et leur santé :

- 1- Estimez-vous en bonne santé, sur une échelle de 1 à 10 (1 signifie un très mauvais état de santé et 10 signifie un excellent état de santé), pouvez-vous chiffrer votre état de santé actuel ?
- 2- Comment estimez-vous votre qualité de vie ? (De la même façon, sur une échelle de 1 à 10, pouvez-vous chiffrer votre qualité de vie ? 1 signifie une très mauvaise qualité de vie et 10 signifie une excellente qualité de vie).
- 3- Qu'est-ce qui pourrait améliorer votre santé ?
- 4- Quelles informations et/ou accompagnement vous aident ou pourrait vous aider à être mieux soigné ?
- 5- Avez-vous confiance en la médecine ?
- 6- Etes-vous intéressé aux messages d'information et de prévention sur la santé ?

7- Ou vous rendez-vous pour un problème d'ordre médical (urgences, PASS, Médecins du monde, cabinet de médecine générale, spécialistes libéraux) ? Pouvez- vous citer différentes expériences d'accès aux soins ?

C- Les patients en situation de précarité et la médecine générale :

Etes-vous suivi par un médecin traitant ?

Si oui : 1- Depuis quand allez-vous chez ce médecin et à quelle fréquence le voyez-vous (nombre de consultation par an) ?

2- De quand date le dernier contact avec lui ? Quel en était le motif ?

3- Combien avez-vous eu de médecins traitants depuis l'enfance ? Changez-vous régulièrement de médecin traitant ? Si oui, pour quelles raisons ?

4- Quels sont les obstacles que vous rencontrez pour un suivi médical régulier ? (problèmes administratifs, facilité pour l'obtention d'un rendez-vous, une visite à domicile, qualité de l'accueil, négociation sur le mode de règlement (tiers payant, paiement différé,...), accès aux spécialistes dans le cadre du parcours de soin coordonné..).

5- Pouvez-vous nous décrire des situations où vous avez ressenti des difficultés avec votre médecin ?

6- Etes-vous satisfait de votre prise en charge ? Si oui, pourquoi ? Si non, pourquoi ?

7- Avez-vous une relation de confiance avec votre médecin ?

8- D'après vous, qu'est-ce qui faciliterait un meilleur suivi médical ?

Si non : 1-Pourquoi ? Avez-vous eu des expériences négatives dans la rencontre avec un médecin généraliste ? (Accueil, rendez-vous, suivi...)

2-Avez-vous eu un suivi médical par un médecin généraliste dans le passé ? Si oui, quel a été le motif de rupture de soins ?

3- Avez-vous un suivi médical par un médecin spécialiste (addictologue,...), dans quelle structure ?

4- Quel recours utilisez-vous en cas de problème de santé ?

5- Quels sont les obstacles à vous faire suivre par un médecin généraliste ?

6- Pour vous, qu'est-ce qui faciliterait l'accès chez le médecin généraliste ?

Annexe 3

	R1	R2	R3	R4	R5	R6
Sexe	M	M	M	F	M	M
Age	35ans	41ans	44ans	29ans	56ans	51ans
collectivité	2009	09/2011	12/2010	10/01/2012	2011	2007
Passé dans la rue	oui	oui	oui	oui	non	oui
Situation familiale : Concubinage	non	non	non	oui	oui	oui
-Enfants -à charges	non	4 non	non	non	3 majeurs non	2 non
Niveau scolaire	secondaire (BTA)	primaire (apprentissage bâtiment)	primaire (NS)	supérieur (deug de russe)	secondaire (CES)	secondaire (CAP maçonnerie)
Ressources financières	AAH	RSA+ complément AT	AAH	RSA	RSA	RSA
Difficultés judiciaires	incarcération à l'étranger	TIG+ incarcération	-	suivi SPIP	surendettement	-
Couverture sociale	SS+ mutuelle privée	- (en cours)	UDAF+mutuelle e intégrance	- (en cours)	CMU+CMU-C	CMU+CMU-C
Situation médicale : Antécédents	TC en 2006+ pb psy	Multiples traumatismes+ HVC	PFP+ surdité	dépression	AVC	Ethylisme sévère
TTT en cours	oui	non	non	oui	oui	non
Dépendance : -Alcool -Tabac -Substances illicites	- + -	+ + +	+ + -	+ - +	- + -	+ + -
Suivi médical MG/MS	Suivi MG 4/an Suivi MS	Suivi antérieur MG 1/mois	non	Suivi MG depuis 15 jours	Suivi MG 1/mois	Suivi MG 2/an
ENS : Qualité de vie	10/10	NS	4-5/10	1/10	5/10	10/10
Santé	NS	5/10	4-5/10	3/10	8/10	8/10
Activités sociales	oui	non	non	non	non	non
Mesures d'assistance	curateur	-	tuteur	-	-	Budget géré par éducateur
Deuil récent	oui	non	non	non	non	non

	R7	R8	R9	R10	R11	R12
Sexe	M	M	M	M	M	M
Age	70ans	57ans	49ans	55ans	50ans	52ans
collectivité	01/2012	12/2011	01/2012	11/2011	03/2012	12/2009
Passé dans la rue	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Situation familiale : Concubinage	non	non	non	oui	oui	oui
-Enfants -à charges	décédés	2 majeurs non	3 non	non	non	3 non
Niveau scolaire	supérieur (université beaux-arts)	secondaire (apprentissage boucher/charcutier)	secondaire (CAP peintre en bâtiment)	secondaire (CAP soudeur)	secondaire (CAP mécanicien)	secondaire (CAP boulanger/pâtissier)
Ressources financières	-	-	pension d'invalidité	RSA	AAH	RSA
Difficultés judiciaires	-	-	surendettement	-	-	incarcération+ surendettement
Couverture sociale	-	SS+ mutuelle privée	SS+ mutuelle privée	-	CMU+CMU-C	CMU+CMU-C
Situation médicale : Antécédents	Tumeur poumon et pb psy	Fracture de hanche	Pb psy + éthylisme	Pb psy+ éthylisme +hernie ombilicale	Epilepsie+ éthylisme+ traumatisme MI	Ethylisme compliqué Sd de Korsakoff
TTT en cours	oui	non	oui	oui	oui	non
Dépendance : -Alcool -Tabac -Substances illicites	- + -	Sevrage récent + -	+ + -	+ + -	+ + -	+ + -
Suivi médical MG/MS	Suivi UMS	oui	Non par MG Suivi régulier MS	Suivi MG 5/an	Suivi MG	Suivi MG + MS
ENS : Qualité de vie	10/10	NS	6-7/10	4/10	6/10	0/10
Santé	3/10	8/10	5/10	6-7/10	5/10	2/10
Activités sociales	oui	non	oui	non	non	non
Mesures d'assistance	non	non	Attente de curatelle	non	curateur	Budget géré par éducateur
Deuil récent	non	non	non	non	non	non

Bibliographie

- 1- Wresinski J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. [Internet]. 1987 [cité 2012 janv 29]. Available de: <http://www.joseph-wresinski.org/Grande-pauvrete-et-precarite,141.html>.
- 2- Haut Comité de Santé Publique. La progression de la santé en France et ses effets sur la santé. 1998 févr;(24).
- 3- Mission Régionale d'Information Rhône-Alpes sur l'Exclusion,MRIE. [Internet].[cité 2012fév 02]. Available de http://www.mrie.org/p_divers/definitions.asp.
- 4- Furtos J. Quelques particularités de la clinique psychosociale, Soins psychiatriques. 1999 sept;(204):11-5.
- 5- Paugam S. Les formes élémentaires de la pauvreté. PUF. Paris; 2005.
- 6- Larcher P. Colloque Précarité et Santé. Centre Sèvres Paris; 2007.
- 7- Trudej B. Précarité Analyse d'un concept [Mémoire de master 1]. [Paris 5]: René Descartes; 2006.
- 8- Observatoire des inégalités. La pauvreté en France. 2011.
- 9- Paugam S. L'exclusion, l'état des savoirs. Paris: La découverte; 1996.
- 10- Hassin J. L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable. Aspect Historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique. 1996.
- 11- Vexliard A. Le Clochard (10). Desclée de Bouwer. Paris; 1998.
- 12- Programme des Nations unies pour le développement. Rapport sur le développement humain. 2011.
- 13- Fondation Abbé Pierre, pour le logement des défavorisés. Rapport mal-logement. 2012.
- 14- Amar M, Charnoz P, Clément M. Salaires et niveaux de vie, France, portrait social INSEE; 2011.
- 15- Cazain S, Siguret I. L'e-ssentiel n°117. Publication électronique de la Caisse nationale des Allocations familiales. 2011.
- 16- Observatoire des inégalités. Age et précarité dans l'emploi. 2009 juin 19.
- 17- Arnold C, Boisguerin B, Duval J. Minima sociaux et prestations sociales en 2009. DREES.

- 18- Loi n°99-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Journal Officiel n°175; 1998.
- 19- Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une Couverture Maladie Universelle. Journal Officiel n°172; 1999.
- 20- L'assurance maladie. Ameli.fr. CMU de base: une assurance pour tous. 2012.
- 21- Cordier A, Salas F. Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'Etat. IGAS; 2010.
- 22- La revue Prescrire. Des patients renoncent aux soins pour raisons financières. 2010 août;30(322):584.
- 23- Allonier C, Dourgon P, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale en 2008 IRDES; 2010.
- 24- DRASS. Le PRAPS, définition et modalités d'élaboration.
- 25- Circulaire N° DSS/2007/430 du 07 décembre 2007 relative au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS). 2007.
- 26- Direction Générale Adjointe des Solidarités. Les indicateurs CHRS, guide pratique. 2004.
- 27- DRASS de Lorraine. Les adultes et familles en difficulté accueillis par les centres d'hébergement et de réinsertion sociale de Lorraine en 2004.
- 28- Médecins du Monde. Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, synthèse 2009. 2010.
- 29- Matz C, Querrioux I. Enquête sur les difficultés de prise en charge des patients précaires et migrants précaires ressenties par les médecins généralistes de Meurthe et Moselle. Nancy; 2011.
- 30- Organisation Mondiale de la Santé. Déclaration d'Alma-Ata. 1978.
- 31- Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. 1986.
- 32- Monteil C, Robert-Bobée I. Les différences sociales de mortalité: en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes. N°1025 INSEE; 2005.
- 33- Hirsch M. La réduction des inégalités de santé est au cœur de la cohésion sociale. BEH; 2007.
- 34- Guignon N. Surpoids et obésité chez les enfants de 6 ans en France. 2005-2006. BEH; 2011.
- 35- Lang T, Badeyan G, Cases C. Les inégalités sociales de santé: sortir de la fatalité. Haut Conseil de la santé publique; 2009.

- 36- Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? INPES; 2010.
- 37- Després C, Dourgnon P, Fantin R. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. IRDES; 2011.
- 38- Combois E, Les personnes en situation sociale difficile et leur santé. DREES; 2004.
- 39- Facy F, Rabaud M. Etude sur les liens entre santé au travail et secteur spécialisé en alcoologie. 2005 juin; 66(3).
- 40- Lebas J, Chauvin P. Précarité et santé. Paris; 1998. p. 37-41.
- 41- Rode A. Le non-recours aux soins de santé chez les populations précaires. Une approche exploratrice et compréhensive de ses déterminants médicaux et sociaux. [Grenoble]: Pierre Mendès-France; 2005.
- 42- Després C, Dourgnon P, Fantin R. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. IRDES. 2011 oct; 169.
- 43- WONCA EUROPE. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de Famille. 2002.
- 44- Després C, Guillaume S, Couralet P.E. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire à Paris : une étude testing auprès d'un échantillon représentatif de médecins et dentistes parisiens. IRDES; 2009.
- 45- Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. 2eme éd. Paris; 2009.
- 46- Dambuyant-Wargny G. Quand on n'a plus que son corps. Paris; 2006.
47. Fieulaine N. Temps de l'urgence, temps du projet : La rencontre des temporalités dans le recours aux soins et à l'aide sociale en situations de précarité. Lyon ; 2009.
- 48- FNARS. Précarité et Santé mentale. Repères des bonnes pratiques. 2010.
- 49- Enquête sur l'accès à la santé des populations précaires. ARS LORRAINE. Avril 2011.
- 50- Janand-Delenne B, Sejl S, Rocher L. Précarité, complications et niveau de connaissances sur le diabète dans une population de 125 patients. Diabetes and Metabolism, 2010 mars;36:45.
- 51- Dufour-Kippelen S, Legal A, Wittwer J. Comprendre les causes du non-recours à la CMU-C. Légos pour le Fonds CMU; 2006.
- 52- Tate P. Soigner (aussi) sa communication. Paris: De Boeck; 2005.
- 53- Dourgnon P, Grignon M. Le tiers payant est-il inflationniste ? IRDES. Questions d'économie de la santé 2000;27.

- 54- Foucras P. Le rendez-vous, obstacle aux soins des plus pauvres. La revue Prescrire 2008;(295):392-3.
- 55- Wilson A., Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: A systematic review. The Journal of General Internal Medicine, 2002,(52): p. 1012-1020.
- 56- Chartre d'Ottawa. OMS, [éd.]. 1986.
- 57- Ducloux M. Rôle du médecin face à la précarité. Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins; 1999 juin p. 11-7.
- 58- Beach M.C, Gary T.L, Price E.G, et al. Improving health care quality for racial/ethnic minorities: a systematic review of the best evidence regarding provider and organization interventions. BMC Public Health 2006;6:104.

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le point de départ de ce travail est le constat d'une discordance entre l'état de santé altéré chez les personnes en situation de grande précarité et le dispositif de soins en France.

L'objectif principal est la recherche des freins à la consultation en soins primaires dans cette population.

Les retombées de notre étude sont d'envisager des pistes d'amélioration pour le suivi médical de ces patients.

Matériel et méthode : Une étude qualitative par entretiens semi-dirigés a été menée auprès de personnes précaires vivant au foyer social du Grand Sauvoy de Maxéville. Cette enquête a été réalisée de février à avril 2012. L'enquêteur est l'interne de la structure ayant pour mission de promouvoir la santé des résidents à travers des ateliers d'information sur la santé. Cette mission a permis à l'enquêteur d'établir un lien favorable à l'échange et de mener des observations durant un semestre.

L'analyse des données est réalisée à partir du corpus d'entretiens et des observations de terrain. Nous avons effectué une analyse thématique après avoir analysé chaque entretien individuellement.

Résultats : Douze entretiens ont été effectués. La majorité des obstacles mis en évidence sont propres aux patients en grande précarité, comme la perte des repères corporels, le manque d'autonomie et le caractère instable de leur mode de vie. La complexité du système de couverture sociale est un obstacle pallié par les acteurs sociaux pour notre public. Les freins liés au médecin généraliste sont de l'ordre du manque d'intérêt porté à la situation sociale du patient et d'une consultation médicale jugée trop courte par les patients précaires.

Conclusion : Pour améliorer l'accès au dispositif de soins, la prise en charge de la santé et son suivi, une collaboration médico-sociale efficiente paraît indispensable.

TITRE EN ANGLAIS : The barriers to primary care consultation for patients in precarious situations. Qualitative interview study.

THÈSE MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2012

MOTS CLEFS : précarité, médecine générale, social, suivi médical

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex