



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

ATTENTES DES PATIENTS PRECAIRES VIS-A-VIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 10/01/2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par VILLEDARY Mathilde

Née le 07/06/1988

A Laxou (54)

AVERTISSEMENT

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

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

ATTENTES DES PATIENTS PRECAIRES VIS-A-VIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 10/01/2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par VILLEDARY Mathilde

Née le 07/06/1988

A Laxou (54)

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Janvier 2017

Doyen :

1^{er} Assesseur :

Assesseurs :

M. Frédéric HUET

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres : Monsieur le Professeur Jean-Marie CASILLAS-GIL
Monsieur le Professeur Yannick BEJOT
Madame le Docteur Anne WALDNER-COMBERNOUX

Directrice de thèse : Madame le Dr Katia MAZALOVIC

REMERCIEMENTS

Au Jury,

Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS, Président du jury,

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury et de l'attention portée à mon travail. En tant que président du Département de Médecine Générale, vous avez su donner à cette spécialité, tout l'intérêt qu'elle mérite. Vous nous avez formés pendant toutes ces années d'internat avec la rigueur universitaire nécessaire afin de faire de nous de bons praticiens tant sur le plan médical, scientifique qu'humain. Soyez assuré de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Jean-Marie CASILLAS-GIL,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail avec spontanéité. Soyez assuré de ma gratitude et de mon respect.

Monsieur le Professeur Yannick BEJOT,

Vous avez accepté de juger ce travail. Je vous remercie de l'intérêt que vous lui portez. Veuillez accepter toute ma considération et mes remerciements.

Madame le Dr Anne WALDNER-COMBERNOUX,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury. Je te suis reconnaissante de m'avoir aidée dans ce travail. Découvrir la médecine générale en stage avec toi m'a permis d'apprendre la rigueur scientifique de cette discipline, mais également, l'importance d'être un acteur de premier recours au plus proche du patient. Je t'adresse ici, l'expression de ma sincère reconnaissance.

A ma directrice de thèse,

Madame le Dr Katia MAZALOVIC,

Merci pour ton soutien pendant ce long travail. Tu as su affûter mon esprit scientifique par tes remarques pertinentes et ta rigueur. Merci de m'avoir guidée et accompagnée avec patience. Sois assurée de mon respect et de ma gratitude.

A tous les médecins et patients qui ont participé à cette étude,

Merci pour votre intérêt, votre disponibilité et vos réflexions riches et constructives.

A tous les médecins et les équipes soignantes qui m'ont formée pendant mes années d'externe puis d'interne.

Au Dr SIDOT, qui m'a accompagnée dans mes débuts d'interne avec douceur et bienveillance.

A mes maîtres de stage le Dr SUDRE, Dr CUBILLE, Dr CORAZZA, Dr BONNARDOT et Dr SUZEAU qui ont contribué à faire de moi le médecin que je suis aujourd'hui. Ils m'ont transmis la passion de ce beau métier.

Une pensée particulière au Dr François MAUFOY, pour nos débriefings à rallonge et pour ton accueil chaleureux. Tu m'as fait prendre conscience de l'importance de la relation médecin-malade en médecine générale.

A mes co-internes qui, pour certains, sont devenus des amis.

Mention particulière pour Jean-Charles et Marie, pour nos parties de jeux interminables et tous les bons moments que nous partageons ensemble depuis quatre ans. Anne-Sophie, merci pour ton soutien dans les moments difficiles, pour nos footings du dimanche qui ont fait naître entre nous une véritable amitié. Sans oublier Caro, Sam, Marti, Charline et nos voisins du premier Anouchka et Pierre que j'apprécie beaucoup et que je suis fière de pouvoir compter parmi mes amis.

A mes amis de plus longue date,

Merci à toi Hélène, ma plus proche amie, avec qui j'ai partagé tant de moments de doute mais aussi de bonheur pendant toutes nos études médicales. Merci pour ton soutien, ta patience, ta bonne humeur et ton amitié si précieuse. A mes amis de faculté de Nancy, Laure Aléa, Johanna, Juliette, Pierre, JD, Julien et Thomas H, pour les merveilleux instants passés ensemble et tous ceux à venir. Merci à toi Thomas « Féfé » pour ton sens de l'humour et tous les bons moments passés ensemble pendant l'externat. Matthieu, Maxence, JB, Guigui, Charlotte, Noémie, Adeline et Gaétan, merci à vous de compter parmi mes amis.

A mes grands-parents, ma famille et ma belle-famille pour votre soutien et votre bienveillance. Je vous remercie pour les moments précieux passés ensemble. Merci particulièrement à Christel, ma belle-sœur, pour ta spontanéité, ta bonne humeur et la complicité qui est née entre nous.

A mes frères, avec qui j'ai grandi. Je vous remercie d'avoir été là pour moi et de m'avoir accompagnée et supportée dans les moments plus difficiles. Je vous aime très fort.

A mes parents, qui ont cru en moi et m'ont toujours soutenu pendant ces longues années à étudier. Vous avez contribué à faire de moi le médecin et la femme épanouie que je suis aujourd'hui. Je ne vous remercierai jamais assez et vous témoigne ici tout mon amour.

Enfin, merci à **Nicolas, mon fiancé**,

Toi qui partage ma vie depuis de longues années, qui m'a accompagnée depuis le début de nos études de médecine. Tu es mon plus grand soutien. Tu sais trouver les mots pour m'encourager, m'apaiser et me faire donner le meilleur de moi-même. Merci pour ton éternel optimisme, ta confiance en l'avenir, ta « force tranquille ». Enfin, merci pour les moments de bonheur que tu m'apportes au quotidien et l'amour qui nous unit.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

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

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

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION	15
METHODE	16
RESULTATS.....	18
I. Attentes vis-à-vis des compétences biomédicales.....	19
A. L'interrogatoire : un temps pour évaluer les besoins du patient et poser des questions	19
B. L'examen clinique.....	19
C. Etre compétent dans son domaine et connaître ses limites.....	20
D. Savoir expliquer et conseiller	20
E. Savoir dépister et prévenir	21
F. Mieux prendre en charge la douleur.....	22
G. La prescription : essentielle mais réfléchie	22
H. Gestion du temps : continuité des soins	23
I. Particularités du médecin traitant : acteur de premier recours, rôle central et globalité de la prise en charge	23
II. Attentes relationnelles patient-soignant	24
A. Ecouter et savoir accorder du temps	24
B. Accompagner le patient et savoir le rassurer	25
C. Etre respectueux et respecter le secret médical.....	26
D. Savoir rester neutre, ne pas juger	26
E. Etablir une relation de confiance	27
F. Egalité de prise en charge	27
G. Connaissance de la situation sociale	28
H. Rôle de soutien psychologique et renforcement du lien social	29
I. Aspects facilitateurs et freinateurs de l'image renvoyée par le professionnel de santé dans la relation patient-soignant.....	30

J. Différentiel des attentes relationnelles entre médecins généralistes et médecins spécialistes.....	32
III. Attentes matérielles.....	32
A. Propreté des locaux.....	32
B. Organisation de la salle d'attente	33
IV. Attentes économiques	34
A. Place de l'argent dans la relation de soins	34
B. Information vis-à-vis du coût des soins.....	34
C. Facilités de paiement	35
D. Gestion des remboursements	35
E. Lucidité sur la situation économique actuelle en santé et disparités de prises en charge entre structures privées et publiques	36
F. Sentiment d'abandon.....	37
G. Renoncement aux soins pour raison financière	38
V. Attentes vis-à-vis de l'accessibilité aux soins.....	38
A. Ambivalence des aides sociales dans l'accès aux soins.....	38
B. Organisation des rendez-vous.....	39
C. Disponibilité des soignants.....	41
D. Favoriser le regroupement des professionnels de santé et l'accessibilité des locaux.....	41
E. Maintenir les visites à domicile	42
VI. Répercussions de la situation sociale sur la santé	43
DISCUSSION	45
I. Rappel des principaux résultats	45
II. Limites de l'étude.....	46
III. Forces de l'étude.....	46
IV. Interprétation des résultats et/ou confrontation à la littérature	48
A. Des attentes similaires aux patients non précaires, adaptées aux compétences médicales	48

B. Particularités de prise en charge des patients précaires, des attentes spécifiques selon le degré de précarité économique	48
C. Représentation des médecins concernant la prise en charge des patients précaires.....	50
D. Confrontation des attentes des patients précaires aux attentes et représentations des médecins	51
BIBLIOGRAPHIE.....	54
ANNEXES.....	56

LISTE DES ABREVIATIONS

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide Médicale de l'Etat

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-c : Couverture Maladie Universelle complémentaire

EPICES : Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

RSA : Revenu de Solidarité Active

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

INTRODUCTION

Ces dernières années, la France, comparativement aux pays de niveaux socio-économiques équivalents, notamment européens, a connu une importante amélioration de son état de santé : allongement de l'espérance de vie, diminution de la mortalité infantile... Cependant, des disparités perdurent en fonction des catégories sociales et s'effectuent au détriment des populations précaires (1–3).

La précarité, comme définie par J. Wrezinski, est « un état d'instabilité sociale caractérisé par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux » (4). Elle ne se limite pas à l'insuffisance de ressources matérielles et touche désormais une couche non négligeable de la population, allant bien au-delà des plus défavorisés.

Le lien entre précarité et santé et l'existence d'un « gradient social de santé » sont désormais bien établis par des études épidémiologiques (1–5). L'écart d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes. Qui plus est, plus l'espérance de vie est courte, plus elle est grevée d'incapacités fonctionnelles (6). De même, en 2006, dans la population de 30 à 49 ans, travaillant en 2006 et 2010, les cadres et les professions intermédiaires étaient respectivement 90% et 87% à se considérer en bonne ou en très bonne santé, contre 81% des employés et 79% des ouvriers (7). À âge et à sexe égal, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont d'abord liées à la position sociale et au niveau d'études du patient. Ainsi, chaque catégorie sociale présente un niveau de morbi-mortalité plus élevé que la classe immédiatement supérieure (1).

Le spécialiste de soins premiers semble être en position stratégique pour renforcer les efforts de prévention dans ces populations plus à risque (8). De par sa proximité avec les patients et son large accès aux différentes catégories sociales de la population, il représente un acteur privilégié dans la réduction des inégalités sociales de santé (9).

Au-delà de l'aspect financier, la problématique d'accès aux soins des patients en situation de précarité inclut aussi un aspect culturel et relationnel, soulignant l'importance de la relation soignant-soigné (10). Les difficultés éprouvées par les professionnels de santé dans le repérage et la prise en charge de ces patients ont déjà été documentés (10,11). Cependant, très peu d'études sont axées sur les patients eux-mêmes. S'intéresser aux représentations et attentes de cette catégorie de la population est donc essentiel afin d'améliorer leur prise en charge et ainsi, favoriser une meilleure adhésion aux propositions qui leur sont faites.

METHODE

Afin d'étudier les différentes attentes des patients en situation de précarité envers les professionnels de santé, une étude qualitative a été réalisée (12).

Des entretiens uniques semi-directifs individuels ont été réalisés de février 2015 à février 2016 sur la région Bourgogne. Ils ont permis de recueillir les attentes des patients envers les soignants à travers leurs récits d'expériences.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patients âgés de 18 à 75 ans définis comme précaires par un score EPICES (Evaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) (13) supérieur ou égal à 30.

L'échantillonnage était de type variation maximale, de façon à obtenir une diversité maximale dans les opinions et les représentations au sein de la population étudiée. Six caractéristiques ont été prises en compte dans la constitution de l'échantillon : le sexe, l'âge (18-30, 31-49, 50 et plus), la profession, le secteur d'habitation (urbain ou rural), la présence ou l'absence d'enfants et la situation maritale (seul ou en couple). Le repérage des patients correspondant aux critères d'inclusion a été réalisé à l'aide de questionnaires (annexe 1). Ils ont été confiés à différents médecins généralistes et spécialistes, en ambulatoire et à l'hôpital. Ils avaient pour consigne de distribuer une vingtaine de questionnaires à leurs patients sur une journée, à la fin de chaque consultation (annexe 2). Ils ne devaient pas les avoir sélectionnés au préalable. Par la suite, les patients qualifiés de précaires selon le score EPICES, ayant accepté de laisser leur numéro de téléphone, ont été recontactés. Le recrutement des patients a donc été fait par téléphone par l'investigatrice principale, après une brève présentation de son projet de recherche et des modalités de recueil des données. Les refus et les personnes non joignables ont été comptabilisés. L'investigatrice principale se présentait comme interne en dernière année de médecine générale, faisant une étude sur leurs attentes envers les soignants, dans le cadre d'une thèse. Celle-ci précisait avoir travaillé avec le médecin ayant distribué le questionnaire. Le thème de la précarité n'était volontairement pas toujours abordé lors du premier contact téléphonique.

Le nombre de participants n'a pas été défini à l'avance car l'échantillonnage a pris fin lorsque la saturation des données a été atteinte.

Les entretiens ont été organisés par le biais d'un rendez-vous fixé à l'avance, d'une durée non définie au préalable. Ils étaient réalisés en face à face en cabinet de médecine générale, à l'hôpital ou au domicile du patient selon ses préférences. Les entretiens ont été enregistrés sous forme de fichier audio, après information et consentement écrit et signé du patient (annexe 3). Ils ont été menés à partir d'un guide d'entretien (annexe 4), initialement conçu pour aborder les différents thèmes de

l'étude. Celui-ci a naturellement évolué au fil des entretiens pour affiner les recherches en fonction des données recueillies.

Par la suite, ces entretiens ont été intégralement retranscrits à l'aide d'un logiciel de traitement de texte par l'investigatrice principale. Le contexte et les allusions faites au cours de l'entretien par le patient ont été retranscrits sous forme de notes de terrain. Pour rester le plus fidèle au récit de l'interviewé avec un minimum de pertes d'informations, le langage oral et les répétitions ont été volontairement conservés. Les éléments non verbaux ont également été au maximum retranscrits. Le nom des lieux ainsi que des différents intervenants cités au cours des entretiens n'ont pas été dévoilés, dans un souci de respect de l'anonymat du patient.

Les entretiens ont ensuite été analysés de façon thématique par théorisation ancrée, selon une méthode inductive. Le logiciel utilisé pour cette analyse était N'Vivo 10. Les récits retranscrits étaient codés de façon ouverte, puis les codes ont été regroupés en catégories, permettant l'émergence de concepts.

Pour s'assurer de la validité des résultats, la méthode de triangulation des données a été réalisée afin de rechercher leur convergence en variant les techniques de recueils de données. De ce fait, un double codage a été réalisé par deux analystes : l'investigatrice principale d'une part et la directrice de thèse d'autre part.

RESULTATS

Au total, cent-trente questionnaires ont été distribués. Sur les cent-dix-sept interprétables, quarante-sept patients étaient considérés comme précaires.

Finalement, trente-trois patients précaires ont été sollicités pour participer à cette étude. Quatre entretiens ont été annulés, trois autres refusés et douze patients n'étaient pas joignables. Trois patients n'ont pas eu besoin d'être contactés, la saturation des données ayant été atteinte.

Le recueil des données a pris fin au quatorzième entretien. En effet, la saturation des données ayant été obtenue au treizième entretien et confirmée en quatorzième.

De ce fait, l'échantillon se composait de quatorze patients précaires, soit sept femmes et sept hommes, dont l'âge variait de vingt-trois à soixante-dix ans. La composition de l'échantillon est détaillée dans l'annexe 5.

Les durées d'enregistrement variaient de 19 minutes à 1 heure 04 minutes, avec une moyenne se situant à 40 minutes.

L'analyse des résultats concernant les attentes des patients vis-à-vis des professionnels de santé s'est faite en plusieurs axes : les compétences biomédicales, la relation patient-soignant, les aspects matériels, économiques et l'accessibilité aux soins. Pour finir, les représentations des patients concernant les répercussions de leur situation sociale sur leur santé ont été analysées.

Pour faciliter la lecture, les extraits de verbatim ont été cités en italique sur fond gris. Tous les éléments pouvant permettre l'identification de l'interviewé ont été mis en termes génériques entre crochets afin de respecter l'anonymat des patients interrogés.

I. Attentes vis-à-vis des compétences biomédicales

A. L'interrogatoire : un temps pour évaluer les besoins du patient et poser des questions

L'interrogatoire était considéré par les patients comme un temps d'écoute, propice à l'évaluation des besoins de la personne. Le but étant de trouver une prise en charge qui convienne aux deux parties.

De même, certains patients soulignaient le fait que le médecin se devait de questionner le malade, notamment en ce qui concernait les risques d'allergies médicamenteuses et d'aller au-delà de ce que pouvait dire le patient spontanément.

P8 « Par contre, alors un que je recommanderais pas, c'est un podologue, c'est... pour ma prothèse. [...] Je leur ai dit dès le départ. C'est pas une chaussure que je voulais, je voulais simplement comme un faux pied quoi. [...] Donc, j'avais vu ça sur internet, c'était bien, et il m'a dit : « non, non, c'est une chaussure qu'il vous faut, c'est des chaussures qu'il vous faut. ». [...] Je lui ai dit, quand je les ai mises, ça me convient pas ! Je lui ai dit dès le départ. Mais si ! Vous allez vous y faire ! Ok. Quelques temps après, j'ai été sur mon site de la sécurité sociale, quand j'ai vu le prix de la paire de godasses, j'ai monté au plafond ! [...]»

P7 « Elle a une tante qui est morte d'un syndrome de Lyell, dû à ça, [...] Du coup, on sait que elle, elle va être, enfin il faut pas qu'elle soit soumise à ça, enfin à cette molécule. Donc, il faudra faire des recherches. Ce qui n'avait pas été fait chez sa tante. Et le médecin avait juste prescrit ça et quand on avait fait des recherches et des enquêtes, il y avait pas eu de questions. »

P7 « Moi je vais dire, bah tiens j'ai ça. Elle, elle est allergique à a peu près tout en alimentation, donc attention si vous donnez un médoc... Enfin voilà quoi. Moi je vais le dire. Mais y'a des gens peut être qu'ils ne le diront pas automatiquement. [...] Faut aller creuser. »

B. L'examen clinique

L'examen clinique était un temps de la consultation très important à leurs yeux. Il ne devait pas se limiter à la seule prise de tension mais être systématique et complet à chaque visite. Cet aspect était d'autant plus important que le patient était atteint de pathologies lourdes ou chroniques. Il concernait essentiellement les patients de la tranche d'âge supérieure à 50 ans.

P6 « Bah dans le temps, on allait chez le médecin, bah il vous pesait, il vous prenait votre tension, il regardait les oreilles, il regardait la gorge et tout, enfin tout ce qu'il fallait chez un médecin quoi ! [...] Car il y a des personnes qui sont bien malades comme moi j'ai été. [...] Je trouve qu'il faudrait que ce soit un peu plus approfondi. »

C. Etre compétent dans son domaine et connaître ses limites

La compétence du soignant était définie par la rapidité qu'il avait à évaluer la situation, poser un diagnostic et soigner le patient. Le désir de résultat était largement mis en avant. Les patients étaient conscients que les compétences du soignant se limitaient à un domaine précis selon leurs professions. Ils soulignaient la nécessité et l'obligation morale du professionnel de santé de mettre à jour ses connaissances pour être plus efficace.

P5 « Qu'il me donne les bons médicaments. Qu'il me remette sur pieds rapidement. »

P14 « Qu'ils soient compétents surtout. (Rires) Bah dans leur domaine quoi. Qu'ils soient au courant de ce qu'ils prescrivent. Enfin, je pense que c'est le cas. »

P12 « Ça, je lui ai laissé parce que déjà, faire les pansements soi-même c'est compliqué, et puis elle a le matos, elle a ce qu'il faut pour le faire bien. Elle a l'expérience. [...]»

P7 « Bah des fois, j'me dis qu'ils devraient un petit peu retourner, sans retourner à l'école, mais avoir plus de conférences, de trucs comme ça, car des fois... »

Cependant, la majorité des patients soulignaient que le soignant devait avoir connaissance de ses limites. De même, qu'il devait pouvoir passer la main lorsque la situation dépassait son champ de compétences, afin de ne pas retarder la prise en charge.

P1 « J'ai attendu longtemps avant de consulter et quand j'ai décidé d'y aller c'est que ça n'allait vraiment pas. J'arrivais plus à travailler, j'étais pliée en deux et pour le médecin c'était du stress en fait. J'étais stressée par rapport à ma situation et c'est vrai qu'il n'a pas cherché, il n'a pas trop cherché plus que ça et ça a mis super longtemps à être traité jusqu'à ce que je perde trop de sang et que j'ai été envoyée aux urgences. Et du coup c'était une salpingite. »

P11 « Oui. S'il peut pas traiter qu'il puisse orienter en disant : « Là je peux rien faire pour toi, ça fait pas partie de mes compétences donc je t'oriente vers tel ou tel spécialiste ». »

P3 « Je me dis que les médecins généralistes prescrivent facilement les antidépresseurs et des somnifères [...] ils devraient cerner leurs patients et rapidement les envoyer chez un psychiatre et chez un psychologue. »

P7 « Alors, parce qu'on connaît trop la personne, au bout d'un moment [...] faut savoir passer la main. C'est-à-dire, qu'il voit plus forcément, ce que peut avoir le patient. [...] Donc, il faut chercher ailleurs, aller voir un autre généraliste, avant d'entamer d'autres recherches plus poussées et faire appel à un médecin spécialiste. »

D. Savoir expliquer et conseiller

La majorité des participants voyait dans le professionnel de santé une source d'explications et de conseils dans un domaine qu'ils ignorent. Etait largement mis en avant le désir de compréhension de

la maladie et des soins qui en découlent. Il s'agissait d'un facteur favorisant l'adhésion à la prise en charge. Cela permettait aussi de les rassurer.

P1 « J'ai eu une sage-femme à domicile [...] elle prend le temps de comprendre ce qu'il se passe, d'expliquer pas mal de chose, même des choses que je ne demande pas forcément. Elle arrive à apporter des sujets intéressants. Je lui pose des questions que j'aurais pas osé demander et du coup elle arrive bien à me rassurer. »

P1 « C'est surtout pour mon fils. Quand il est pas mal enrhumé ou qu'il a un petit peu de fièvre. Je vais déjà prendre conseil à la pharmacie. Bah j'attends qu'on m'explique un petit peu. Pas comme un médecin car il ne peut pas trouver la maladie, mais de quoi le soulager en attendant et me dire si c'est grave s'il faut que je consulte ou pas. »

P11 « C'est toujours ce qu'on attend d'un médecin. [...] Qu'il prenne bien le temps d'expliquer ce qu'il va faire. Ou selon les symptômes, ce qu'il y a, ce qu'il pense que c'est. Voilà. [...] C'est ça, je te donne ça. Normalement, j'aime bien entendre c'est ça, c'est dû à ça ou à ça, je vais te donner un traitement. Donc ça, ça va te permettre de diminuer par exemple ce symptôme-là. Ça, ça va te permettre de faire ça... Tout ça quoi. »

P12 « Y'a l'acte en lui-même, et puis y'a tout le traitement post chirurgie, qui doit être expliqué et compris. Pour pouvoir bien le faire. Euh... Nettoyer sa plaie. Pourquoi faut prendre des anticoagulants, tout ça. C'est quand même assez désagréable d'attendre quelqu'un tous les jours pour faire faire une piqûre ! »

Des participants soulignaient la complexité de certaines démarches administratives. Ils espéraient trouver auprès des professionnels de santé un soutien, plus qu'une aide matérielle pour les accompagner.

P1 « [...] Par exemple, la déclaration de grossesse, tout ça... Ça serait pas mal qu'on nous aide un peu plus. [...] On m'avait mis ma date d'accouchement. Et ce qui s'est passé, c'est que la sécu, c'est automatique apparemment, c'est tout informatique, et la date n'a pas été notée correctement. Donc ça fait qu'au lieu d'accoucher le 25 avril comme je devrais accoucher, bah ils m'ont mis le 15 donc ça fait que je devais reprendre le boulot dix jours plus tôt. C'est pas énorme mais bon c'est vrai que c'est toujours ça. J'avais le droit à 10 jours de plus s'ils ne s'étaient pas trompés. Alors j'en ai parlé à mon médecin qui, à part me dire que la sécu ils faisaient pas grand-chose de bien... [...] Du coup la sage-femme m'a dit de pas lâcher, de les appeler, de les appeler et c'est ce que j'ai fait. Et du coup au bout d'un moment ils ont quand même bien voulu changer la date. Donc c'est rentré dans l'ordre mais c'était un peu stressant de se dire... »

P12 « Non. J'ai la CMU de base. J'ai déjà eu du mal à avoir la CMU... »

E. Savoir dépister et prévenir

Certains patients ont évoqué le rôle que pouvait avoir le soignant, notamment le médecin, dans le domaine de la prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire.

P1 « Bah oui, il nous en parle jamais donc nous non plus. Ça serait bien même parfois que pour les vaccins, je ne sais pas forcément où j'en suis. Il ne nous pose pas forcément la question... »

P3 « [...] A partir du moment où je me retrouve face à une situation, ça, ça a été à cause de l'annonce du VIH, il a fallu que je comprenne, qu'on m'explique tout ce que je risquais et tout ce que je risquais pas, avant que moi je mette en place un maximum de choses pour aller mieux. Que ce soit un VIH, que ce soit une dépression, des problèmes de dos... Vous êtes confrontés à cette situation, vous l'avez à vie, faut que vous arriviez à la gérer. Et vous risquez telle et telle chose. Il y a toute une hygiène de vie à mettre en place pour que la douleur, pour que le VIH ne se mettent en place... »

F. Mieux prendre en charge la douleur

La notion de douleur était associée à la maladie et aux soins. Sa prise en charge était donc primordiale et souvent jugée insuffisante. La douceur dans la réalisation des gestes était une qualité soulignée.

P3 « [...] Alors là, chez le médecin, ça me met hors de moi. Sur tous les médecins que j'ai rencontrés, je leur dit : « j'ai mal donnez-moi quelque chose de fort voir de très fort ». Il n'y en a pas un qui dès la première ordonnance me donne quelque chose d'efficace. [...] il faut attendre 2 mois de douleur pour augmenter le traitement ! Ça rime à rien ! Quand on a vraiment mal, on a vraiment mal. Des crises d'arthrose, c'est hyper douloureux. »

P5 « Au début, j'avais été arrêtée 6 mois car ça me faisait un claquage. [...] Donc voilà, j'ai été voir un médecin du sport, qui m'y a mis, il m'a fait souffrir... Après je suis allée voir de la kiné, je suis pas tombée sur le bon kiné qui m'a fait souffrir... »

P3 « Bah parce que elles soignaient bien et que ça faisait pas mal. »

P8 « Il est brute. J'ai eu des problèmes, il m'a fait saigner, plusieurs fois les pieds. [...] C'est une femme maintenant, je lui ai dit. Elle m'a dit je vais faire attention, mais bon... [...] »

G. La prescription : essentielle mais réfléchie

Concernant la prescription, on distinguait deux profils de patients. Certains participants voyaient dans le médecin, principalement un rôle de prescripteur, surtout lorsqu'ils étaient atteints de maladies chroniques nécessitant des consultations régulières. D'autres, au contraire, ne se limitaient pas à la simple prescription médicamenteuse mais étaient attachés au suivi de leurs pathologies.

La réévaluation régulière des médicaments était soulevée et la surmédication était dénoncée.

P10 « Bah quand j'y vais c'est surtout pour le renouvellement de mes médicaments autrement... »

P8 « Vu mes problèmes, je pense oui ! Parce que j'étais pas là uniquement... J'avais l'impression avec elle, euh... Que je venais en fin de compte que pour mon renouvellement de médicaments. [...] Parce que les médicaments, je pense pas que ce soit à vie, je pense que ça se trouve qu'un jour, faudra les modifier. [...] »

P5 « Et puis après ça s'est déclenchée une douleur, donc ils voulaient la ponctionner mais moi en étant un peu dans le médical, j'me suis dit... Mais attendez, vous êtes sûr de vouloir ponctionner ? Parce qu'elle avait beaucoup de liquide... [...] J'ai fait, bon bah on va attendre un petit peu, parce que je ne suis pas bien d'accord pour ponctionner comme ça... [...] Elle était petite... »

H. Gestion du temps : continuité des soins

Les patients soulignaient l'importance d'avoir une personne référente dans le suivi de leur dossier. Cette personne pouvait être différente selon les soins prodigués. Outre la notion de continuité des soins, se créait aussi un processus d'attachement envers cette personne, qui facilitait la prise en charge.

P8 « L'avantage... Pourquoi je suis revenu là ? Bah en fin de compte, il me connaît bien. Il sait tout ce que j'ai eu. Il a tout mon dossier parce que je lui ai transmis au départ. Il sait, bon, qu'il y a des choses, qu'il va regarder peut-être plus qu'un autre, parce qu'il sait que je suis plus fragile de ce côté-là, ou bien qu'il y a des examens à faire de ce côté-là et puis pas à d'autres. Pour moi, c'est le médecin idéal. Bon effectivement, je sais qu'on peut changer de généraliste comme on veut mais je vois pas... Bah vous voyez, je l'ai fait. J'ai fait un essai et c'est non concluant je suis revenu. [...] »

P11 « Ah oui, oui. Généralement, je vois rarement d'autres médecins. J'essaye d'avoir un rendez-vous avec lui et vraiment si ça va pas, je vais aller aux urgences ou dans un autre cabinet. Mais généralement, je reste avec le même médecin, le même gynécologue. »

P6 « C'est pour ça quand je vais chez lui quand il y a des jeunes comme vous je demande que ce soit le médecin directement. [...] Puis il connaît mon cas comme on dit. [...] Bah on connaît pas le médecin, il connaît pas notre dossier, il ne connaît rien ! »

P5 « Bah j'aime pas parce que vous n'avez jamais affaire à la même personne et parfois qui peut être bien, mais vous n'avez jamais affaire à la même personne. »

P11 « [...] Mais c'est vrai que pour mon fils je voulais un médecin plus jeune, car je sais que d'ici une quinzaine d'années, il exercera plus. [...] Bah pour qu'il puisse le suivre. Bah qu'il ait comme moi avec le Dr X. Qu'il le connaisse bien en fait. Qu'il l'ait suivi très tôt et qu'il puisse après... En général quand ils se connaissent de bonne heure, ils ont vu l'enfant grandir, ses pathologies, ce qu'il a fait. Généralement ça se passe bien, l'enfant est plus en confiance donc... Bah voilà, y'a des choses que mon fils il me dira pas forcément mais qu'il dira à son médecin traitant car il est en confiance et que c'est pas papa ou maman. Donc c'est pour ça qu'on voulait un médecin jeune pour qu'il puisse continuer comme moi je fais, être suivi par le même médecin. »

I. Particularités du médecin traitant : acteur de premier recours, rôle central et globalité de la prise en charge

Le médecin traitant était considéré comme quelqu'un d'important pour les patients. Il est le premier contact avec le milieu médical. Par son rôle central, il va pouvoir orienter vers les autres soignants. Le terme de médecin de famille était souvent utilisé pour le décrire. Sa connaissance globale de

l'environnement du patient et de sa famille était souvent considérée comme facilitante, à l'exception des situations où le médecin était pris dans un conflit familial.

P7 « Et bah en fait c'est le pilier. C'est lui après qui va faire le dispatche de ce qu'il faut faire si on a besoin de spécialistes à voir. Donc c'est lui le premier, le premier examen clinique, c'est lui le premier avis, c'est lui qui... C'est le pilier. Donc, faut pas les enlever ceux-là ! »

P12 « [...] C'est le mec au cœur du système. Il faut... C'est pas un expert technique mais pour moi, il devrait être expert... La relation... C'est l'expertise médicale en fait. [...] Il est unique en fait. Il a une relation unique avec son patient. Il est au centre de tout. C'est ça sa particularité. »

P14 « [...] Comme je vous le disais, c'est je pense qu'en plus du ... Du... Comment dire ? Des... Spécialistes, il a ce côté plus proche des gens. Il est... A force de les voir, il connaît plus leur vie... [...] Il a un côté plus impliqué dans la vie des gens. [...] Dans le suivi, dans l'histoire de la famille. »

P5 « Bah je vous dis, moi après je dis pas mes problèmes... Je vais vous dire, ce qui s'est passé avec mon médecin c'est qu'on avait tous les 3 le même médecin donc après elle, elle l'a soigné mon conjoint, moi c'est moi... [...] Bah je savais pas si elle était au courant mais bon après, je sais pas si moi elle a pas voulu m'entendre parce que lui elle a voulu l'entendre je sais pas... »

II. Attentes relationnelles patient-soignant

A. Ecouter et savoir accorder du temps

La principale qualité d'un soignant pour les participants était l'écoute. Cette écoute devait être active, c'est-à-dire que le soignant devait accorder du temps au patient. Pour cela, les soignants devaient se positionner dans une attitude compréhensive, humaniste et empathique. La considération de leurs problèmes et l'absence de minimisation des plaintes était également attendues. Cependant, le soignant se devait de rester objectif. L'importance du dialogue et de la réponse aux questionnements du patient étaient également soulevées. Quelques participants soulignaient les limites de l'écoute du patient, principalement liées à la contrainte de temps.

P1 « Qu'il prenne le temps déjà, de bien écouter nos soucis. [...] Bah parce que des fois, on n'a pas le temps justement de poser toutes les questions. On sent un peu qu'on dérange. Donc c'est vrai que... [...] Des fois je me dis que j'aurais voulu parler de ça ou ça mais j'ai pas pu parce que il est parti sur le principal et puis... [...] Poser plus de questions. Des fois on arrive : « C'est pour quoi ? », donc on explique et des fois ils nous font pas déshabiller, pas ausculter, rien... Plus, je sais pas, nous regarder, faire attention. »

P7 « C'était trop expéditif, elle m'a dit c'était des machines, elles te regardent pas, elles te servent, elles te disent : « Bois ça, fais ça, prends ton cachet ! ». Elle pouvait pas leur parler, ça la bloquait. Donc, elle ne posait même plus de questions. »

P6 « Il est à l'écoute mais bon, on a l'impression qu'il est dans le dossier. Quand il regarde le dossier et tout, et quand je lui pose des questions bah il répond pas alors... Est-ce qu'il est vraiment dans le dossier ou est-ce qu'il a entendu ce que je lui ai dit ou pas ? Je sais pas... [...] Bah elles étaient à l'écoute et elles m'expliquaient comment il fallait piquer et tout quoi. [...] Non car quand je vais à la pharmacie [...] je les trouve plus sympa car ils sont à l'écoute. Quand y'a sur quelque chose un petit souci ou quoi bah je leur parle. Donc là ils me donnent une réponse. Que lui, à côté, c'est pas pareil. »

P12 « [...] Il fait preuve d'humanité, et ce médecin répond à cette attente donc ça va. L'humanité c'est quelque chose d'important surtout quand on va voir un médecin. [...] »

P11 « Ah oui. Bah oui parce que s'il écoute pas ce qu'on lui dit, il peut pas non plus euh... Comment... Pour faire son diagnostic, faut qu'il soit à l'écoute. Y'a des médecins des fois on leur dit quelque chose et des fois ils entendent pas et des fois ça passe un peu à la trappe. Il prend bien en considération ce qu'on lui dit. »

P7 « [...] En même temps, s'il écoute, il faut qu'il soit suffisamment dégagé pour rester objectif. [...] Si de l'empathie. Mais ne pas accepter ce que nous patient on va dire. Parce que si on dit une connerie, j'entends... Oui, je parle cru ! Une connerie, j'entends, je sais pas, on se sent mal et tout... Faut pas qu'il dise, ah oui vous savez, vous êtes bien malade... Non, on est malade ou on l'est pas ! »

P3 « Bah oui, il peut pas consacrer 45 minutes, il est pas psy, il va pas écouter les malheurs de tout le monde !

B. Accompagner le patient et savoir le rassurer

Certains participants avaient une vision très paternaliste du soignant et lui laissait le soin de décider. D'autres, au contraire, souhaitaient être accompagnés dans les décisions concernant leur santé, recadrés s'ils s'égarait mais également rassurés. On retrouvait une notion d'éducation en santé, absente dans le premier groupe.

P9 « Moi je leur fais confiance. S'ils disent que ça doit être ça c'est que ça doit être ça ! [...] C'est lui qui sait. [...] Le médecin ou le spécialiste, ou l'infirmière, ou... [...] C'est leur travail, c'est pas le mien. » (Rires) »

P8 « C'est pour ça que je note tout sur ma clé USB. J'me suis fait un graphique justement pour le diabète, pour savoir les taux que j'ai. Comme ça, il voit et puis quand il y a un blanc, il sait que c'est parce que j'ai oublié de me piquer. Si mon taux est haut, il m'a demandé de mettre pourquoi il était haut. Alors quand je le sais, je le mets. Et quand j'ai oublié de prendre un cachet, ça m'est arrivé, je mets oublié cachet. Si j'ai fait un gros repas, que ce soit restaurant, famille, n'importe quoi, je le mets. [...] Mais si le taux est normal, je le mets pas. [...] Et qu'il hésite pas à, comme je disais, à m'engueuler s'il y a des choses qui vont pas. »

P2 « Quand ils ont vu que j'avais une petite réticence, que je leur demandais si c'était bien pareil, pourquoi la gastro-entérologue m'avait prescrit non substituable ? Donc ils ont fait quand même des recherches, pour me dire que c'était pareil. Certaines recherches et me rassurer. »

C. Etre respectueux et respecter le secret médical

La notion de respect était abordée par certains participants. Il allait du respect de la pudeur, du secret médical, à celui de leur vie privée dont ils ne souhaitaient pas forcément parler. S'ils l'évoquaient, le professionnel de santé devait faire preuve de discrétion. De même, leur volonté devait être respectée.

P7 « Oh bah un gynécologue, il y a quelques années oui. Euh, parce que j'avais très très mal. Lors de...d'un frottis... Enfin bref. En consultation classique quoi. Je lui ai dit :

« - Vous me faites mal là.

- Mais c'est bon, y'a rien ! »

Comme ça, et là, je me suis... Olala ! Crispée, vous imaginez bien, j'ai souffert, j'ai souffert. Et puis il m'a dit : « - C'est bon, vous en avez vu d'autres ! Moi, c'est que les mains ! ». C'était graveleux. »

P9 « Parce que lui, il va pas aller le répéter, c'est sûr, hein ? »

P6 « Oui. Sur certaines choses. Parce que moi je ne vais pas tout lui sortir de ma vie non plus. Mais bon sur certaines choses. Des fois on parle des enfants, des petits enfants. [...]»

P3 « J'ai eu la chance d'avoir des très bons rapports avec les 3-4 pharmaciennes que j'ai eues depuis des années. Efficaces, perspicaces, discrets... Qui bossaient correctement. »

P7 « [...] Et quand j'ai demandé à changer de médecin, elle a refusé de me donner le dossier. Elle l'a toujours d'ailleurs. Elle a refusé. Elle a donné tout le dossier au père de la petite, alors qu'on avait demandé expressément, la petite elle-même, avait demandé expressément que le dossier ne soit pas donné au papa. »

D. Savoir rester neutre, ne pas juger

La peur du jugement revenait souvent dans les entretiens. Elle était liée à certains problèmes de santé comme la toxicomanie notamment, mais aussi au statut précaire des participants. Une attitude neutre et dépourvue de jugement était donc attendue de la part du soignant et facilitait la relation de confiance.

P2 « J'avais peur en fait, d'être maman, d'être jugée. [...] Non c'est moi, je ne voulais pas. Je me disais ; je suis maman, j'aurais pas dû. Je culpabilisais, je ne voulais pas forcément en parler, que ce soit dur et puis finalement, d'avoir une bonne prise en charge ça fait beaucoup. »

P12 « On a moins peur d'être jugé. On est toujours jugé mais si on dit qu'on ne l'est pas c'est pas vrai. »

Un des freins pour lesquels les participants ne souhaitaient pas informer les soignants de leur situation sociale était la culpabilité. Certains éprouvaient un sentiment de honte vis-à-vis des aides sociales perçues.

P4 « J'ai vraiment honte parce que j'me dis c'est pas possible, j'arrive à mon âge, j'avais tout dans ma vie ! Bah ces gens qui vont bosser... Je l'ai déjà dit à [prénom de Dr X]. C'est pour moi. Bah c'est vrai que l'hiver on me donne le RSA parce que je fais pas de brocante. [...] Après il est vrai que j'ai travaillé de 14 ans à 50 ans c'est clair, mais je suis pas quelqu'un qui a toujours profité de ça. Mais ça, ça me gêne. Vous voyez ce que je veux dire ? »

P12 « Bon après effectivement, c'est pas facile d'en parler. Dire qu'en ce moment ça va pas bien... En général, quand on dit en ce moment ça va pas bien c'est mauvais mais... [...] »

P2 « Après les gens quand ils ont la CMU, ils savent qu'ils peuvent avoir les examens... Et moi justement, j'allais pas forcément chez le médecin quand j'en avais besoin. »

E. Etablir une relation de confiance

La majorité des participants attendait que s'instaure avec le soignant, une relation de confiance. Elle était garante d'une bonne prise en charge. Elle passait par la transparence de l'information délivrée par le soignant, l'absence de jugement et le respect mutuel. Rentraient en compte également les affinités de caractère, indépendantes du contexte médical, mais tout aussi importantes dans la création d'une relation.

P12 « Bah le... Enfin, l'intérêt du médecin traitant c'est que je peux lui dire, je peux ne pas avoir honte à lui demander 3-4 fois de réexpliquer en fait. »

P2 « Bah peut être certains médecins. J'ai eu des amis qui sont tombés sur des gens, c'était des contrôles... Moi je n'ai pas eu tout ça, moi ça marche sur de la confiance et voilà ça a tout fait. Après, s'ils veulent contrôler il n'y a aucun souci quoi, contrôler au niveau des urines, s'il y a des prises d'autres médicaments ou voilà il n'y a pas de soucis. »

P7 « Bah je crois que c'est un feeling humain ça. Ça n'a rien à voir avec l'écoute. Je pense qu'on ne peut pas forcément apprécier tout le monde et moi j'ai besoin d'avoir confiance en mon médecin. Que ce soit froid, agréable, joyeux ou quoi je m'en fiche. Faut que j'arrive à me fier à son avis. [...] Oui, parce que, c'est rassurant. Bon y'a toujours un premier contact. Après on y retourne parce qu'on est curieux et on se dit ça s'est bien passé, mais est-ce que ça va toujours être comme ça ? Et puis en fait, si on le garde, c'est qu'on a confiance. [...] »

P9 « [...] C'est normal que l'on puisse parler avec le docteur et qu'on soit confiant l'un l'autre quoi. Voilà. [...] J'allais voir le Dr X à [ville] parce que c'était le docteur SNCF, et lui il m'a dit tout de suite que c'était un cancer. Il m'a pas caché la vérité. [...] Ah c'est important. Moi je veux savoir. »

F. Egalité de prise en charge

Il était parfois souligné un sentiment d'inégalité dans la prise en charge, selon la catégorie sociale à laquelle les patients appartenaient. Ce sentiment concernait essentiellement les personnes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

P12 « Moi ce qui m'embête c'est de ne pas être traité comme tout le monde. [...] Oui une prise en charge différente. Après le soin, je pense qu'il le fera de la même manière, enfin j'espère parce que sinon ça va pas le faire, mais bon... Surtout que c'est un rendez-vous basique. C'est pas un gros rendez-vous que je demande. [...] »

P2 « Des soins faits un peu rapidement, ou sur certaines personnes que je connais. [...] Il y a certains médecins qui vont privilégier les gens qui ont une mutuelle et qui vont délaissé... »

G. Connaissance de la situation sociale

La grande majorité des participants s'accordait sur le fait qu'il était important que le médecin traitant ait connaissance de leur situation sociale. Cette information pouvait, selon eux, influencer la prise en charge, notamment diagnostique, considérations financières mises à part. Toutefois, il n'était pas toujours aisé d'en parler. Certains pensaient qu'il était même du devoir du médecin de s'en enquérir.

P9 « Oui c'est important. Bien sûr que oui. Parce que d'après ça, il peut nous juger sur notre maladie ou ci, ou ça. [...] Même si on a eu des difficultés financières ou couple, ou... Moi je pense qu'un docteur, il doit savoir tout ça. [...] Ah oui, faut être ouvert, honnête. Même si y'a un problème. Moi je pense qu'il faut... [...] C'est pas tabou, bien sûr que non ! »

P8 « [...] Alors là effectivement, je pense que là on aborde un problème je dirais d'actualité avec le tiers-payant. Je pense que les médecins jusqu'à maintenant et ils continuent encore, les gens qui ont des difficultés, je pense qu'ils le disent. Le médecin fait passer ça sur le tiers-payant. Ça je suis sûr que ça arrive. Donc, automatiquement, ils sont au courant de la situation. Que les gens aient le courage de la dire qu'ils ont des problèmes financiers. Ça, faut avoir le courage. Moi je dis que c'est pas une tare d'avoir des problèmes financiers. Moi j'ai eu un dossier de surendettement. Je m'en cache pas. Je le dis. » « Je crois qu'à l'époque j'ai dû le dire à certains. Quand vraiment j'étais dans la merde. J'ai dû le dire, que j'avais des difficultés. [...] »

P14 « Je pense que plus il en sait, mieux il... Plus ça peut... Enfin ça peut l'aider dans sa... A comprendre son patient quoi. [...] Moi, je pense que dans mon cas, ça m'a peut-être aidé aussi. Enfin, le fait qu'il connaisse ma situation. [...] Je pense que, comme on disait tout à l'heure, la situation sociale peut avoir des répercussions sur la santé. Donc c'est pas plus mal que le médecin sache certaines choses quoi. »

P12 « Mais pour moi faut qu'il le soit. Et limite c'est peut-être à lui d'aller chercher l'information. Car moi j'irais pas forcément... On peut avoir honte de la situation et pas en parler. Parce qu'on peut penser que c'est pas en rapport avec la situation en fait. Les gens ne disent que ce qu'ils pensent utile pour le diagnostic. Et donc, du coup, faut pas avoir peur d'aller creuser en fait. »

Quelques participants ne souhaitaient pas aborder leur situation sociale avec leur médecin généraliste. Ils trouvaient cela déplacé et de l'ordre de la vie privée. Pour certains, le rôle du médecin généraliste dans ce domaine n'était pas évident.

P13 « Bah, ma vie privée. Ce qui se passe en dehors... Non. »

P6 « Oui. Sur certaines choses. Parce que moi je ne vais pas tout lui sortir de ma vie non plus. Mais bon sur certaines choses. Des fois on parle des enfants, des petits enfants. Bah il les a connus quand il était plus jeune. Donc même s'il ne les soigne plus maintenant il me demande des nouvelles de temps en temps. »

P3 « Un petit peu, mais il va rien pouvoir faire. Il ne va pas être mon assistante sociale. Si je suis dans la précarité, je ne viens pas vous voir parce que vous êtes mon assistante sociale, vous allez pas me donner à manger, vous allez pas me faire... Enfin vous voyez. »

P2 « On peut lui en parler mais après, le médecin, il y est pour rien si voilà, financièrement on y arrive pas. »

P11 « Bah après... S'il le sait il fera quoi de plus ? [...] Il sait que j'ai une maison et tout... Si, il l'a su parce qu'à un moment, j'ai fait de la dépression donc forcément, il l'a su, on discute. Il sait pourquoi j'ai... Parce que financièrement ça n'allait pas, tout ça... Donc il sait un peu. Mais il peut pas apporter grand-chose. Il m'a fait payer la consultation parce que c'est normal. Après il va pas me donner de l'argent pour que ça aille mieux ! »

H. Rôle de soutien psychologique et renforcement du lien social

En plus de leur rôle de soignant, les participants attendaient des professionnels de santé un soutien moral. Il était recherché chez tous les soignants et pas seulement réservé aux psychologues.

P4 « [...] Ça, vous allez voir, si j'ai des douleurs, le fait d'aller voir mon médecin, je ressors je suis bien. Si elle ne m'a rien trouvé ! Et comme elle me connaît, le fait que je sois un hyper angoissé, le fait qu'elle me parle un petit peu machin et tout [...] »

P9 « Bah, je sais pas... Redonner le moral. [...] Surtout, y'en a une elle m'a bien redonné le moral. »

P2 « Bah là ça fait plusieurs années que je suis suivi par le même psychologue par rapport à mon traitement de méthadone. Le fait d'avoir quelqu'un qui nous écoute, qui nous pousse pas forcément à parler de ce que lui il veut mais de ce que nous, on a sur le cœur. Et d'avoir un suivi sans que ce soit, comment dire ? C'est libre quoi, on dit ce qu'on a envie [...] »

P7 « Oui. Il est important pour moi. Parce que même si, des fois on se dit, ils écoutent pas. Si on veut pas de psychologue, parce qu'on veut pas en voir, bah il va nous écouter 5 minutes et on va mieux après. »

Chez des personnes en grande précarité et en situation d'isolement, le contact avec les soignants était aussi un moyen de renforcer le lien social. La consultation était considérée comme un lieu d'écoute, d'empathie, en dehors des problèmes du quotidien. La composante humaine de la relation patient-soignant était alors mise au premier plan, derrière les compétences techniques et médicales du soignant. Cependant, certains participants soulignaient le fait qu'il était nécessaire de trouver la juste distance pour aider au mieux ces personnes.

P4 « Et puis même si elle a le temps qu'on puisse aussi parler d'autre chose, ce qui m'arrive avec Dr X. Quand on parle de brocante, parce que ça l'intéresse énormément. Parce qu'on a travaillé tous les deux au CHU... On devait aller à la vente aux enchères ensemble... Enfin voilà c'est bien je trouve. [...] J'ai mon dentiste qui est aussi sympa. Quand j'y vais, je reste 1 h avec lui on parle d'antiquité parce qu'il est fou de brocante. [...] Ah c'est une grande histoire avec ma kiné ! (Soupire) J'peux pas trop vous en dire mais elle est trop sympa ! Super bien ! On s'envoie des sms, on devait aller au salon des antiquaires ensemble. Finalement elle peut pas y aller car il n'y a pas de nocturne le samedi mais eux pareil... Après c'est marrant car partout où je passe, c'est pas pour dire « moi je », mais je passe bien ! Et puis je m'en fais des copains et des copines ! »

P3 « Bah vous savez, vous êtes tellement mal... Vous allez vous apercevoir que quand les gens sont tellement mal, ils ne vous entendent pas. Donc, ils vont peut-être vous comprendre psychiquement parlant, ils vont se sentir dans une bulle de bien être pendant la consultation qui va durer un quart, d'heure, 20 minutes, une demi-heure parce que vous allez être dans l'empathie, vous êtes joviale, vous êtes mignonne, vous allez leur plaire. Ça va durer un quart d'heure, 20 minutes, puis ils vont sortir, ils vont être confrontés à leurs réalités et ils vont continuer leur vie. Il n'y aura pas de déclic. Ce n'est pas comme chez le psy où il va dire un certain discours à un certain moment pour qu'il y ait un déclic. Bon il faut aussi que le généraliste à un certain moment les titille un peu, les provoque un peu. Tout en étant dans l'empathie. Si vraiment vous voulez les aider. »

I. Aspects facilitateurs et freinateurs de l'image renvoyée par le professionnel de santé dans la relation patient-soignant

Le premier contact et l'image dégagée par le soignant étaient jugés déterminants dans l'élaboration de la relation patient-soignant.

P12 « Le jugement, c'est moins de 2 secondes. Est-ce qu'on est à l'aise ou pas quoi. Bonjour... Bon il ne regarde pas, il commence à prendre le dossier... Ok je suis mal à l'aise ça c'est clair ! On peut pas être à l'aise avec un mec qui nous regarde pas, c'est pas possible ! [...] Bah, le premier contact, c'est savoir si... ça conditionne le reste. Est-ce qu'on peut demander de répéter ou pas ? Est-ce qu'on peut... Ça peut débloquent des portes. Est-ce que je vais avoir envie de faire répéter ? »

Étaient distingués des éléments facilitateurs de cette relation :

- Une attitude bienveillante, agréable et accueillante.

P10 « Bah oui, elles sont gentilles y'a pas de soucis. [...] Si on a quelque chose à lui demander on peut en parler... Si, il est quand même sympa comme médecin. [...] Bah les pharmaciens, ça va. Ils sont très sympas, impeccable. »

- Être rassurant.

P7 « Bah, tous les manipulateurs, que ce soit radio, IRM, ils ont été vraiment géniaux. Ils ont été super. Ils ont été rassurants, ils étaient pas du tout angoissants. [...] Le dentiste, qu'il soit délicat, qu'il fasse pas peur ! (Rires) Parce que le dentiste, c'est le pire pour moi, avec le gynéco ! (Rires) Dentiste et gynéco ! Faut qu'ils fassent pas peur du tout ! (Rires) »

- L'abord facile du soignant et son ouverture d'esprit.

P4 « Des gens, vous voyez cool, vous voyez ce que je veux dire ? [...] Moi j'aime les médecins, je vais parler un peu gras, qui se la jouent pas. »

- Son professionnalisme.

P7 « Bah son professionnalisme. En même temps, s'il écoute, il faut qu'il soit suffisamment dégagé pour rester objectif. [...] Honnête, objectif et droit. [...] »

- Son efficacité et sa réactivité.

P3 « [...] Ce que j'attends d'eux c'est la perspicacité, l'intelligence et la rapidité. »

- Sa spontanéité et son sens de l'humour.

P7 « Alors que j'en ai eu un autre, qui était vraiment avec un humour... Décapant. Parce que c'était le cas. Il me disait : « Alors attention, je vais tourner à gauche, faites gaffe, risque ovarien ! » Tatata ! Et ça c'était rigolo ! Là c'était génial. C'était pas gênant. »

- Etre clair.

P14 « Qu'on soit pas obligé de lui tirer les vers du nez par exemple. »

- La propreté.

P11 « Après oui, forcément. Qu'il soit propre sur lui. [...] C'est toujours ce qu'on attend d'un médecin. Qu'il soit propre sur lui [...] »

Mais aussi des éléments freinateurs de cette relation :

- Etre condescendant.

P7 « [...] Car tout de suite, elle a pris les choses de très haut, enfin c'était bizarre. On a eu une sensation bizarre. [...] Parce qu'on est de petites gens. On n'y connaît rien à la médecine. [...] »

- Le côté intimidant, impressionnant.

P12 « On peut être impressionné par les spécialistes. Moi, je peux l'être mais vu que j'aime savoir ce qui va m'arriver, je fais : « Non j'ai pas compris ! ». Quand on voit qu'il a passé 5 minutes à nous expliquer et qu'il a essayé de bien faire, et qu'on a toujours rien compris ! Les gens ont peut-être tendance à dire bah oui, oui j'ai compris, alors qu'en fait ils ont rien compris du tout ! »

- Un contact froid, distant.

P14 « Parce que c'est pas toujours... Enfin, avec certains médecins on a l'impression d'être un peu face à un mur. Si on pose pas de questions, ils nous expliquent pas. Si on veut en savoir plus sur ce qui nous arrive, faut vraiment poser des questions. »

- Etre moralisateur.

P4 « J'aime le médecin sympa qui aime son métier. Et pas le médecin qui est là pour me fliquer ou me réprimander. »

- La blouse blanche chez le médecin généraliste.

P4 « Moi mon médecin il arrive avec une blouse blanche et puis très stricte, je n'y vais plus jamais ! »

J. Différentiel des attentes relationnelles entre médecins généralistes et médecins spécialistes

Les attentes relationnelles rapportées par les participants différaient entre les médecins spécialistes et généralistes. Le spécialiste était jugé sur ses capacités techniques, sa capacité à répondre à un problème ciblé. L'aspect relationnel se retrouvait au second plan dans leurs attentes. A l'inverse, la relation médecin-malade était clairement mise au premier plan lorsqu'était évoqué le médecin généraliste. Elle semblait primordiale au bon déroulement des soins, contrairement aux spécialistes.

P14 « J'ai des attentes plus, comment dire ? Techniques. Mais pas nécessairement... On cherche pas forcément, justement, cette écoute qu'on peut attendre d'un généraliste. [...] Comme je vous le disais, c'est je pense qu'en plus du ... Du... Comment dire ? Des... Spécialistes, il a ce côté plus proche des gens. Il est... A force de les voir, il connaît plus leur vie... »

P12 « Bah, si je veux aller voir un pro de la technique. Je vais voir un spécialiste. [...] Bah oui, après il y a surement des médecins spécialistes qui sont surement très humains. C'est pas le problème. Mais les médecins spécialistes. Ils sont spécialistes. »

III. Attentes matérielles

A. Propreté des locaux

Les participants attachaient de l'importance aux locaux, tant d'un point de vue hygiénique, que d'un point de vue esthétique. Sans pour autant être stériles, les locaux devaient avoir l'air propre et être nettoyés. Cet aspect était le plus important. Sur le plan esthétique, était mentionné le caractère

accueillant, chaleureux et rénové des lieux. Cependant, l'aspect des locaux ne primait pas sur la qualité des soins délivrés par les professionnels.

P4 « [...] Mais bon il y a un minimum. Pour moi c'est hyper important. C'est comme vous rentrez dans un hôtel vous voyez une réception qui est complètement délabrée, ça vous donne pas envie d'aller dans les chambres. »

P7 « Alors, du local, qu'il soit toujours propre. Parce que de toute façon, on vient tous avec nos microbes, donc il faut de toute façon que ce soit propre, hygiénique. Après aseptisé, non, ça sert à rien. De toute façon si on éternue on va infecter la pièce. Mais, euh, une hygiène, je ne dirais pas forcément irréprochable, mais, que ce soit propre, quoi. »

P11 « C'est toujours mieux d'être dans des beaux locaux mais euh... C'est pas le plus important. [...] On peut être dans des beaux locaux et être très mal soignés. Bah dans ce cas-là je préfère être dans des locaux un petit peu plus vilains et être très bien soignée. »

P5 « Non c'est pas ça c'est que... C'est différent, je sais pas... Comment vous dire ? Nous dans la campagne, c'est le vieux cabinet... Je dis pas que tout est stérile et tout mais j'y crains. [...] Je suis toujours à la campagne mais s'il y avait quoi que ce soit, je reviens toujours aux médecins en ville. »

P14 « Je trouve... (Rires étouffés) Ça c'est mon côté décorateur, disons que je trouve que ça a tendance à manquer un peu de chaleur. Certains cabinets... »

B. Organisation de la salle d'attente

La salle d'attente était vécue comme un lieu anxiogène. Il était donc important pour les participants qu'elle soit accueillante et que le patient s'y sente bien. Le respect du calme était souhaité. De même, le partage d'une même salle d'attente par plusieurs médecins pouvait être perçu comme un obstacle à la confidentialité.

P4 « [...] Je trouve qu'une salle d'attente, après je l'ai déjà dit à Dr X. Mais c'est lamentable la salle d'attente... Lamentable. [...] Vous voyez je vais vous donner un exemple. Quand on va chez Dr D en l'occurrence mon dentiste, vous arrivez dans sa salle d'attente, il y a des plantes vertes partout, un grand aquarium, il y a une musique douce, ça détend... Ça, ça joue énormément. Moi quand je vais chez Dr X, c'est pas que je suis stressée mais comme j'me sens pas très bien dans cette salle d'attente avec tous ces gens qui viennent, bah quand elle me prend la tension elle sait que j'ai plus de tension. Vous voyez ce que je veux dire ? »

P7 « [...] Une salle d'attente c'est silencieux. On est tous malades, on est tous pas bien, on est tous pas patients, justement ! Rires. Donc il faut du silence et du calme. Et ça, ça me dépasse que les gens soient si mal éduqués, qu'ils fassent pas ça. Et ça, ça dépasse le médecin, de toute façon. C'est pas lui ! [...] »

P5 « Bah par exemple, moi je vais voir mon médecin, mon ex est dans la salle d'attente, ou bien quelqu'un de la famille, j'aimerais pas trop... ou une amie... Après ça m'est déjà arrivé, une amie dans ma propre salle d'attente, de mon médecin. Mais entre une et plusieurs... »

IV. Attentes économiques

A. Place de l'argent dans la relation de soins

Le paiement à l'acte en médecine était perçu différemment selon les patients. Certains, du fait de l'avance des frais, étaient beaucoup plus exigeants sur le résultat de la consultation, d'autant plus que les frais engagés étaient conséquents. La CMU était perçue comme ambivalente : facilitant l'accès aux soins mais également retardant la prise en charge par l'absence d'avance de frais. D'autres étaient attachés à l'avance des frais car c'était pour eux un moyen de valoriser le service rendu. A l'inverse, pour certains, le tarif de l'acte devait se justifier par un temps de consultation suffisant.

P2 « [...] Puis aussi le fait que j'avais la CMU, bah on avance aucun frais donc j'étais peut-être aussi un peu dans cet engrenage aussi. A aller toujours chez ce spécialiste. Peut-être que si j'avais avancé les frais je me serais dit qu'au bout de 3 ans, avancer tous les 15 j tous les mois une consultation et qu'il n'y ait pas d'avancée, au niveau de ce problème-là, j'aurais peut-être trouvé quelque chose avant. »

P3 « Alors je vais exiger qu'il soit beaucoup plus pointu. Car si je vais aller voir un spécialiste, je vais payer. »

P7 « [...] C'est pas l'humain là que je paye. Je paye de la chimie. Que chez Dr X je vais payer un humain. Que c'est remboursé, j'ai pas de problèmes d'argent, c'est remboursé. [...] Donc, je n'ai pas de problème à payer un médecin et je ne voudrais pas forcément un tiers-payant parce que ça voudrait dire en plus mentalement qu'on va chez le médecin, on avance pas les frais... Y'a plus, même si y'a la notion patient-malade, il faut qu'il y ait une notion d'argent à un moment donné pour qu'il y ait une limite aussi. Enfin je sais pas comment dire... »

P2 « [...] J'ai une amie, elle avait plusieurs enfants, bon elle avait la CMU donc c'était pas le problème financier, mais par exemple quand elle amenait ses 3 enfants il passait qu'une carte vitale. Je veux dire quand on a la mutuelle, moi ça ne m'est jamais arrivé mais bon... D'arranger si on a 2 ou 3 consultations, par exemple si on a 3 consultations et une consultation ou c'est qu'une ordonnance, bah quelque part il n'y a pas d'examen, voilà il y a peut-être des fois, moyen de ne pas compter 3 consultations. »

B. Information vis-à-vis du coût des soins

Les patients souhaitaient, pour les soins onéreux, pouvoir être informés à l'avance. C'est le cas par exemple des soins dentaires pour lesquels l'établissement d'un devis était apprécié. Par ailleurs, les dépassements d'honoraires étaient souvent vécus négativement par les patients et pouvaient retarder la prise en charge.

P7 « [...] Le dentiste, ce qui me freine, c'est que j'y pense pas. Tout simplement. C'est que quand je commence à avoir mal quelque part que je me dis qu'il faut y aller. Mais maintenant, c'est quand même mieux fait parce qu'ils proposent des devis avant d'agir, donc ça aide aussi. Si la mutuelle prend en

charge une partie, ça me laisse le temps de voir venir. Mais après je fais quand même mes soins parce que j'ai pas envie d'avoir mal aux dents, car je sais que ça va se répercuter ailleurs après. »

P9 « Euh... Qui me dise ce qui a vraiment, et puis combien ça va me coûter, et voilà ça sera tout ça. [...] Moi c'est surtout financièrement quoi. »

P1 « Oui voilà, c'était un allergologue qui fait des dépassements et c'était assez cher donc...je me suis dit je vais attendre voir si ça passe. »

C. Facilités de paiement

L'avance des frais était considérée par certains participants comme un frein à consulter. Les aides sociales telles que la CMU, l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) et la prise en charge à 100% dans le cadre des Affections de Longues Durées (ALD), étaient donc des facteurs facilitants, améliorant ainsi l'accès aux soins. Le tiers-payant social était jugé utile, mais pas toujours connu des patients, ni proposé par les professionnels de santé. Ils préféreraient que le tiers-payant social soit proposé systématiquement et non demandé par le patient. L'avis sur le tiers-payant généralisé était partagé.

P8 « Mais euh... A l'époque, c'est vrai que pour des raisons financières, c'est vrai qu'on pouvait pas se permettre d'avancer l'argent pour aller voir le médecin. »

P3 « Non. Pas forcément. Là, j'en ai une au jour d'aujourd'hui mais c'est pareil, des mutuelles j'en ai eues, j'en ai plus eues... Mais de la CMU, dû à ma séropositivité, je suis passé à 100%. Du 100% je suis passé en pension d'invalidité donc j'ai une couverture sociale à vie. »

P9 « Par contre, pour mon cancer j'ai rien payé. Absolument rien, rien, rien. Ah oui ! Je trouve que c'était bien. Bien sûr. Ah oui ! Tout a été pris en charge. Ah oui ! On a rien avancé du tout. »

P13 « Oui. Bah pour mes enfants. Enfin pour ma femme et mes enfants et pour moi il me fait pas payer puisque je suis pris à 100%. [...] Oui c'est 6.90, et lui il doit se faire payer le reste. »

P14 « (Silence) Bah... (Soupire) ... Ouais à la rigueur, oui, il aurait pu me le proposer. [...] A la rigueur, oui plutôt, que ce soit quelque chose de systématique. »

P11 « Bah après on paye la consultation, on est assez rapidement remboursé dans les 3 jours. Après c'est vrai que ça serait peut-être plus simple, qu'elles soient directement payées par la sécurité sociale, pas d'avance des frais. Mais après d'après ce que j'ai cru comprendre c'est assez compliqué... »

D. Gestion des remboursements

Les patients déploraient la complexité des démarches auprès de l'assurance maladie. De même, le dialogue entre la sécurité sociale et les mutuelles, dans le remboursement des tiers-payants partiels, n'était pas jugé satisfaisant. A l'inverse, le remboursement des soins via les feuilles de soins

électroniques était jugé rapide. Les participants souhaitaient être libres de choisir la mutuelle et le contrat qui convenaient à leurs besoins.

P1 « Bah ça va. C'est juste que je disais, faut tout le temps aller après les sous, les paiements de la sécu... On les a pas forcément aux mêmes dates que les prélèvements du crédit se font. Des choses comme ça, faut tout le temps tout vérifier. [...] Compliquées ! Ils leur manquent tout le temps un papier ou alors ils ne nous disent pas, ils ne traitent pas les choses à temps... Ils s'étaient trompés sur mon congé maternité il a fallu appeler plusieurs fois, faire des courriers... Il y a tout le temps quelque chose en fait... »

P11 « A une époque on le faisait mais j'avais trop de soucis avec ma mutuelle. La sécurité sociale ne l'envoyait pas à la mutuelle comme quoi j'étais au tiers-payant donc à chaque fois il était obligé de me faire des quittances et puis j'étais obligée de tout envoyer. »

P8 « Non. J'avais le choix, augmenter la mutuelle et on me rembourse intégralement mes dépassements ou alors, laisser ma mutuelle, telle que je l'avais à la base. Et quand j'ai su qu'ils doubleraient ma mutuelle par mois, j'ai dit : « ah non, non ! ». Moi j'ai fait le calcul tout de suite, les dépassements je vais les payer. Je préfère rester et payer de temps en temps les dépassements. [...] C'est un choix que j'ai fait. Ça me coûte moins cher en fait. »

E. Lucidité sur la situation économique actuelle en santé et disparités de prises en charge entre structures privées et publiques

Les difficultés économiques actuelles dans le domaine de la santé étaient connues des participants. Certains avaient le souci d'économie et de consommation raisonnée. Le manque de moyens dans les structures publiques était mis en avant. Il avait des répercussions non pas sur la qualité des soins mais sur l'accueil des malades et sur l'accès aux soins. De même, la notion de rendement était ressentie par les patients lors des soins hospitaliers, ce qui les déshumanisait. Une des participantes déplorait le manque de reconnaissance financière des professions médicales et paramédicales. Pour un participant, l'arrivée des maisons de santé, notamment en campagne, pouvait, grâce au regroupement des professionnels, pallier le manque de moyens, et offrir aux gens un plateau technique de meilleure qualité.

P12 « Bah ça c'est... Le reproche, si la question c'est un reproche, ouais c'est ça. J'ai mis pour mon genou, j'ai pris un rendez-vous :

« - Bonjour je voudrais un rendez-vous pour une IRM.

- Public ?

- Oui.

- Rendez-vous dans 3 mois.

- Ok.

En privé, rendez-vous la semaine prochaine, ça fera 75. »

Bah j'ai pris le rendez-vous à 75. Parce que là... Fallait faire avancer. [...] Le soin en lui-même je suis sûrement traité de la même manière quand j'y suis. Mais l'accès c'est pas le même ! Parce que bah... Effectivement, dans le privé ils ont le droit de faire des dépassements, donc ça va plus vite. »

P11 « Bah à l'hôpital, on a plus l'impression que c'est dans le rendement. Faut qu'il y ait des chiffres et faut que ça y'aille. Donc on est moins... Moi je sais que je suis arrivée il y a 8 ans et quand je suis arrivée on était plus à l'écoute du patient et euh... Maintenant on y est moins, on a moins de temps donc on fait ce qu'on a à faire et on délaisse un peu le patient de côté alors que c'est le centre en fait. Sans lui on aurait pas de travail en fait. »

P12 « C'est une des problématiques. Est-ce qu'il ne vaut pas mieux faire déplacer un médecin, certes, qu'on paye à un prix juste. [...] Est-ce qu'il vaut pas mieux faire déplacer un médecin qui s'occupe bien de la personne, bien réellement. Et qui s'occupe de la personne avant que ce soit un problème, plutôt que d'attendre que ce soit un gros problème, voir peut-être même une hospitalisation à 1200 euros la journée... [...] Bah, en fait on veut faire économiser des bouts de chandelles. Mais on peut dépenser plus à côté quoi. »

P8 « Et quand il m'a écrit, euh... Pour me dire que j'avais droit à une deuxième paire. Moi j'ai tout de suite... (Sifflement puis geste de la main) ... hop le tiroir-caisse ! 810 euros, plusieurs fois négatifs ! [...] C'est pas moi qui ai payé c'est la sécu ! Mais même ! La sécu paye 810 euros pour une paire de godasses qui dort dans un placard ! »

P12 « Parce que à cause de la densité de population, on peut avoir des choses qu'on ne pourrait pas avoir si chacun avait son petit cabinet du coin. Alors que, en ayant, je trouve que c'est un peu comme des petits hôpitaux. Chacun fait ça à son goût, mais on travaille dans un même lieu et on peut acheter ensemble plus de matériel, plus de matériel performant, et s'offrir des choses qu'on ne pourrait pas... Qui pourraient se retrouver que dans des hôpitaux ou dans des grandes villes. [...] »

P7 « Et, elles sont pas assez payées. Parce que j'ai payé je crois, 7 euros ou 6 euros. C'était...une aberration. Et après, je sais pas... C'était bizarre. C'était pas cher du tout. [...] Mais même quand on va chez le médecin, qu'on paye 23 euros. C'est bizarre, 23 euros... Enfin, je sais pas... »

F. Sentiment d'abandon

Dans certaines situations, les participants ayant un niveau de précarité les excluant des aides sociales, se sentaient abandonnés par la sécurité sociale et les mutuelles. Ils devaient faire face, seuls, à leurs difficultés et ne percevaient pas d'aides financières aux moments où elles auraient été appréciées. L'effet seuil de leurs revenus était considéré comme injuste.

P7 « [...] Alors, la sécu, elle disait que la maladie ne rentrait pas dans son cadre de conjoncture, nia, nia, nia... Comme d'hab' ! Car c'était une maladie régénérative, donc elle va guérir ! On sait pas quand. Et donc à partir de là, c'était soldé quoi. Pas de problème, parce qu'on avait rien ! Et la mutuelle, elle m'a dit, fallait que je fasse la demande dans les 8 jours après sa sortie d'hôpital. Si j'avais prévu, elle serait jamais tombée en fauteuil... [...] Et là j'me suis dit : on bosse tous, enfin ceux qui bossent qui sont pas fainéants, ceux qui bossent pas ils me gonflent, clairement ! Et je suis contre ces gens-là. Rires. Parce qu'on paye pour eux, en attendant ils ont tous les soins possibles, quand ils les demandent. Et puis [...] j'me suis dit si je change de nom, de précarité, j'me mets en CMU et j'aurai droit...à tout ils m'ont dit ! »

G. Renoncement aux soins pour raison financière

Sur les quatorze personnes interrogées, treize n'avaient pas renoncé aux soins pour des raisons financières. Ils mettaient en avant l'aspect facilitant des aides sociales telles la CMU et la prise en charge à 100% dans le cadre de leurs ALD, pour l'accès aux soins premiers. A l'inverse, une des participantes déclarait avoir déjà renoncé à des soins pour raison financière, en raison de difficultés à avancer les frais. En réalité, l'analyse des entretiens a montré que les frais non remboursés ou onéreux étaient soit retardés, soit non réalisés. Etaient cités les soins paramédicaux tels que l'ostéopathie mais également l'accès à certains spécialistes, les ophtalmologues et les dentistes principalement. Il y avait un décalage entre l'idée du renoncement aux soins que se faisaient les patients et la réalité des faits. Cela témoigne d'un accès aux soins premiers jugé satisfaisant. Une des participantes faisait part de son inquiétude quant au remboursement des soins dans le futur.

P4 « Bah non parce que moi je suis pris en charge à 100%. Déjà pour le diabète, parce que j'ai du diabète je suis pris à 100%. Et puis je suis désolé de le dire, parce que j'ai un peu honte mais j'ai la CMU parce que j'ai le RSA. Donc tous les soins je les fais. [...] Y'a qu'un truc en ce moment. Je vais chez la kiné ce matin, car j'ai des gros problèmes de dos depuis 3-4 mois. Elle me disait d'aller chez l'ostéopathe mais l'ostéopathe ça coute 50 euros pas remboursés. Vous voyez c'est le seul petit détail. [...] Ah non là je n'y suis pas allé. Je préfère prendre un caddie et faire 50 euros de courses et prendre de la codéine pour que mon mal se passe. »

P2 « Bah avec la CMU non. Même maintenant que je n'ai plus la CMU, si j'ai des soins à faire, je les fais. Je paye et je suis remboursée ce que je suis remboursée. La santé maintenant c'est important. [...] »

P1 « [...] Sinon le médecin, si c'est pas urgent je ne consulte pas forcément, j'essaie de me soigner toute seule, avec ce que je peux avoir... [...] Bah juste financières. Bah des fois le manque de temps aussi mais on va dire financières. Pas forcément envie d'avancer de l'argent des fois à certains moments. »

P6 « Bah ça pourrait venir car vu comme le médecin m'a expliqué que comme ils disent à la télévision qu'ils ne veulent plus rembourser certaines euh... choses quand on est malade. Comme je lui dis, si avec mon diabète ils veulent plus... Car comme il m'a dit un jour ou l'autre ils ne voudront plus rembourser. Bah moi j'ai dit que j'arrêterai de me piquer et de me soigner. Je prendrai ce qui sera remboursé par la sécu. Et puis bah le reste je ne le ferai pas. »

V. Attentes vis-à-vis de l'accessibilité aux soins

A. Ambivalence des aides sociales dans l'accès aux soins

Alors que les aides sociales étaient clairement jugées facilitantes d'un point de vue financier dans l'accès aux soins, certains participants mettaient en avant un frein concernant le délai de rendez-vous.

Les personnes bénéficiaires de la CMU voyaient leurs délais de rendez-vous allongés, essentiellement en ce qui concernait les soins dentaires.

P12 « Bah ça part contre... Ça m'embête de le dire maintenant... Oui bonjour je voudrais prendre rendez-vous. Vous avez la CMU ? Si je dis oui. Je sais que j'ai un rendez-vous dans 3 mois. [...] Donc, ça c'est un frein. Ça me dérange pas de le dire. Mais je sais que le fait de le dire va me retarder dans mon soin. »

P2 « Ouais... On n'est pas jugé pareil. On n'a pas des rendez-vous de la même façon. Ça m'est arrivé, un dentiste par exemple, qui me dit qu'il n'avait pas de place et puis mon ami qui lui avait sa mutuelle, quand lui a téléphoné pour avoir ses rendez-vous, et quand, lui, a demandé des rendez-vous pour moi, il a pu les avoir. »

B. Organisation des rendez-vous

L'organisation des rendez-vous étaient largement débattue. Certains voyaient dans les consultations sans rendez-vous un moyen d'accéder aux soins rapidement, même si le délai d'attente était long. Se posait cependant la question de la hiérarchisation des motifs de consultations car ces créneaux de consultation étaient souvent privilégiés pour les situations urgentes. D'autres patients voyaient dans les consultations sur rendez-vous, un moyen de réguler l'accès aux soins et limiter le temps d'attente. Ils allaient même jusqu'à dire qu'il y avait un retentissement sur la qualité des soins prodigués, en raison de la réduction du temps d'attente, avec un gain dans la prise en charge lorsque les consultations étaient programmées.

P2 « Même s'il y a du monde, je sais qu'en attendant, même 2 h je verrai quelqu'un. Car c'est sans rendez-vous le matin. Par contre quand on appelle pour avoir un rendez-vous, en général c'est 2-3 jours après. Donc en général, il nous conseille de venir le matin sans rendez-vous. »

P14 « Disons que je pense qu'ils sont complémentaires. Ça peut être pratique. Ça m'est arrivé, pour ma fille, c'était pour une otite, de ne pas pouvoir avoir de rendez-vous ici. Donc, comme on pouvait pas attendre, on est allés dans le centre. Il y avait un médecin qui faisait ce système de consultations. Et puis on a pu avoir un médecin dans la matinée pour notre fille quoi. »

P5 « [...] j'ai vu moi, ma mère monter à des plus de 22 de tension parce qu'elle était drôlement énervée de ne pas passer parce qu'il y avait 4 ou 5 enfants avant. Après, il n'y avait pas crise mais il fait passer les enfants avant. J'veux dire, un bébé qui est en train d'étouffer ou quoi que ce soit, ça, je dis pas. Comme elle dit, moi je n'y vois pas d'inconvénient mais j'ai encore plus de 20 car elle a attendu de 9 h jusqu'à 13 h quoi... Dans le cabinet, sachant qu'il a fait passer tous les enfants avant... »

P12 « T'attends moins ! Parce que c'est bien d'arriver chez ton médecin à 14 h, y'a 20 personnes devant toi, tu vas y passer ton après-midi. Tu vas être aussi fatigué que le médecin que tu vas rencontrer. Tu vas devoir patienter, tu vas avoir le temps de préparer, ruminer l'entretien et ça va pas se passer comme tu veux du tout. Tu vas être frustré. Ça va être un médecin nul qui sait pas t'écouter, qui te donne un mauvais traitement. Du coup faut aller voir un deuxième médecin sur rendez-vous. C'est 3 fois mieux.

T'arrives t'attends, il est en retard une demi-heure, une heure. Voilà. Au mieux, c'est mieux pour tout le monde le rendez-vous. »

Les participants déplorait des délais de rendez-vous trop longs, même s'ils les comprenaient. Ils attendaient des professionnels de santé qu'ils puissent pallier au délai de rendez-vous lorsque c'était possible et trouver des solutions alternatives. De même, les situations d'urgence devaient pouvoir bénéficier de délais raccourcis. Ils n'attendaient pas des soignants que leurs amplitudes horaires soient étendues.

P11 « Euh... Un petit peu plus de disponibilité. Ils sont surbookés et c'est difficile d'avoir un rendez-vous. Généralement, quand on prend rendez-vous, on attend des fois une semaine et quand on arrive bah y'a plus rien. On vient il y a plus du tout de symptômes... »

P6 « J'ai un dentiste qui est super. Quand je l'appelle, qu'il faut une urgence, bah il me prend entre 2 clients. »

P7 « Alors, l'ophtalmo retardé non. C'est plus, pareil, le temps d'attente des rendez-vous. Parce que quand on le prend et qu'on dit que c'est urgent, bah c'est dans 6 mois donc là ça commence à être compliqué... Après on en trouve toujours un qui va nous prendre d'ici un mois ou quelque chose comme ça. Quand elle a cassé ses lunettes par exemple ! J'en ai trouvé un qui l'a prise au bout de 10 jours donc c'était bien ! C'était honorable ! »

P11« [...] Et puis quand je suis rentrée à l'école, regarder les projections, le tableau écrit petit... En fait j'avais des migraines tous les soirs du coup je l'avais appelé et elle m'a dit : « bah écoutez, je n'ai pas rendez-vous avant un bon bout de temps ». Et elle m'a dit : « par contre je vais regarder dans le dossier pour voir si des fois j'ai pas marqué une correction ». Et comme elle avait marqué une correction, bah du coup elle m'a fait une ordonnance et je suis venu la chercher le soir. Et puis elle m'a dit : « vous ferrez vérifier par l'opticien ». »

P7 « Bah après, je dirais, c'est comme nous. Qu'on commence à 7 h et qu'on finisse et qu'on travaille le dimanche, y aura toujours du monde donc faut arrêter à un moment donné. Donc l'amplitude, qu'ils commencent à 8 h et qu'ils finissent à 19 ça me choque pas. Ça me choquerait s'ils finissaient à 22 h. Je trouve que c'est trop tard ! Faut qu'ils vivent aussi, je sais pas ! Rires. »

Par ailleurs, lorsque les consultations étaient sur rendez-vous, les participants étaient plus exigeants sur le respect des horaires. Ils comprenaient que le soignant puisse avoir du retard s'il y avait eu des situations d'urgences dans la journée. Cependant, l'attente était mieux tolérée si le temps de consultation était jugé suffisant et le patient satisfait au décours de la consultation.

P10 « Bah sur rendez-vous y'a des fois Dr X, euh... Avant-hier, mardi que j'y ai été, et j'ai attendu plus d'une heure avant qu'il me prenne. J'avais mon rendez-vous à trois heures moins le quart et je suis passée il était presque trois heures et quart. [...] Donc y'a des fois ça fait un peu long quoi... [...] Bah oui, quand on a un rendez-vous normalement on devrait passer 5-10 minutes après si c'est pas un rendez-vous juste. Mais attendre des heures c'est quand même long quoi... »

P7 « S'il y a une urgence entre temps oui. Si c'est des gens qui arrivent sans rendez-vous alors que la règle du jeu c'est le rendez-vous, non ! Rires. »

P8 « Non, parce que c'est un bon médecin. Et quand il me reçoit, bah c'est vrai que quand il passe ¾ d'heure avec moi, bah je sais que malheureusement derrière il avait des clients qui eux aussi ont été forcés d'attendre. »

C. Disponibilité des soignants

Les participants étaient conscients du manque actuel de médecins et le déploraient. Ils développaient des solutions alternatives comme avoir plusieurs médecins pour un meilleur accès aux soins. Ils avaient du mal à accepter que certains médecins refusent les nouveaux patients. Dans ce contexte, la disponibilité du soignant était quelque chose d'apprécié et d'attendu des patients. Certains étaient attachés au fait de pouvoir joindre au téléphone leur médecin pour un avis et n'adhéraient pas aux nouveaux systèmes de télé secrétariats.

P7 « Bah, le nombre, comme toujours. Le nombre de médecins. On en revient toujours au même problème. C'est-à-dire que si ils avaient pas autant de patients. De patients et de patientes, il y aurait peut-être moins d'attente. Donc, du coup... Je parle des spécialistes surtout là. Pour des IRM, des scan', pour les ophtalmos. Ça c'est le pire pour moi. En termes de temps d'attente. Même si c'est compréhensible, parce que c'est logique finalement. Mais ce serait qu'il y ait plus de médecins. Après pourquoi il n'y en a pas assez ? J'en sais rien très franchement... [Silence] »

P5 « Bah parce qu'on est plus libre, parce que vous voyez, pour ma fille, on a deux médecins et puis le mien et le sien. [...] Je jongle avec deux médecins. C'est-à-dire que vu les horaires, je sais qu'elle n'est pas là le jeudi, bah je peux aller chez l'autre médecin. »

P11 « [...] Et du coup j'ai demandé au Dr Y mais souvent les nouveaux médecins ils sont déjà overbookés ils ne prennent pas de nouveaux patients en fait. On a du mal à trouver des médecins qui prennent de nouveaux patients. »

P2 « Oui. Même l'autre fois j'avais téléphoné pour mon fils et elle m'a dit : « si vous pouvez venir maintenant... ». Par contre c'est tôt ou tard... C'est vrai que c'est important quand même de pouvoir compter sur eux. [...] »

P8 « Ah oui ! Et puis surtout, ce que je vois ici, c'est qu'en fin de compte, pour le moment il y a encore un secrétariat. Si j'ai besoin de l'avoir au téléphone pour une raison ou pour une autre, elles peuvent me le passer. Tandis que la docteur que j'avais à [ville où il habite], c'est un standard. [...] Le problème c'est qu'il fallait que je laisse un message pour que elle me rappelle. Je ne pouvais pas l'avoir directement. Et ça j'aime pas. [...] »

D. Favoriser le regroupement des professionnels de santé et l'accessibilité des locaux

La majorité des participants s'accordait à dire que le regroupement des professionnels de santé, surtout dans les campagnes, était un moyen d'améliorer l'accès aux soins. La centralisation des soins

permettait une réduction des coûts liés aux trajets et un gain de temps. De même, la proximité du médecin traitant, en dehors de tout regroupement de soignants, était quelque chose de recherché par les patients. Par contre, elle ne primait pas sur les compétences médicales. L'accessibilité des locaux était également appréciée, surtout en termes de stationnement.

P11 « Bah moi je suis pas contre, je trouve que c'est bien d'être tout recentré. Car comme ça on a besoin d'aller voir le médecin hop on arrive on se gare. Et puis si y'a la pharmacie à côté, y'a pas besoin de reprendre la voiture, aller se garer ailleurs. On est tout sur place, si y'a besoin de prendre un rendez-vous chez le kiné parce qu'il y a besoin de séances de kiné bah on peut y aller... C'est vrai que c'est bien d'avoir tout sur place. »

P2 « Ca m'est arrivé d'y aller parce que ça m'évite d'aller jusque dans la ville. Au lieu de faire 17 km ça m'en fait faire deux. Pour les prises de sang c'est bien pratique. Les personnes âgées qui ont des pansements à changer tous les jours ou tous les 2 jours, elles y vont. Au lieu d'avoir quelqu'un à leur domicile ou bien de faire 20 km pour un pansement. Elles sont à côté donc c'est pratique. [...] Et ça évite aussi [...] d'avoir des transports spéciaux à prendre. Donc financièrement aussi... Je pense que tout le monde s'y retrouve en fait. [...] »

P9 « Parce que la campagne, je dis que c'est très bien. Parce que je dis qu'il en manque beaucoup des docteurs en campagne. Et avoir un regroupement dans les villages. Comme à [ville où il habite], par exemple, c'est bien parce qu'il y a tous les petits villages autour qui peuvent venir là. Mais y'a les campagnes profondes ou y'a rien quoi... [...] Parce que moi je suis originaire de [tout petit village]. C'est des pays où il y a rien. Y'a rien. Et ça serait bien s'il y avait un docteur ou plusieurs docteurs ou un regroupement j'en sais rien... [...] Pôles santé voilà c'est vrai. Ouais. Des docteurs, des infirmières, des dentistes comme vous disiez tout à l'heure... »

P14 « Bah... Si, je pense que c'est pas mal, si ça peut permettre aux personnes de bénéficier de soins sans trop se déplacer, je suppose. Tout est regroupé quoi. [...] C'est centralisé. Après... Faut vivre au bon moment au bon endroit, parce que... »

P5 « Elle m'a simplement dit. Mais vous venez de loin, faut peut-être chercher un médecin plus près, je lui ai dit, non je viens en ville... »

P11 « Après ça a des avantages car il y aura peut-être un plus grand parking, car ici c'est vrai que c'est pas évident. Entre le cabinet vétérinaire, le médecin et juste la petite rue pour se garer c'est vrai que c'est souvent pris en place. [...] »

E. Maintenir les visites à domicile

Les participants étaient attachés aux visites à domicile. Ils y voyaient un intérêt en cas d'impossibilité à se déplacer, que ce soit pour un problème de santé aigu, en cas de handicap physique ou encore chez les personnes âgées. Les visites étaient jugées d'autant plus importantes que les patients vivaient en milieu rural, où l'éloignement des structures de soins était plus important. En ville, les services d'urgences tels que SOS médecins étaient une alternative aux visites à domicile car les médecins se déplaçaient peu. Ils ne remplaçaient pas le médecin traitant mais étaient appréciés des patients ponctuellement.

P6 « Bah quand je peux me déplacer je me déplace mais n'importe comment j'me suis toujours déplacée. Mais si j'étais coincée ou quand j'étais tombée de l'escabeau, là je ne pouvais plus marcher donc là c'est lui qui s'est déplacé à ce moment-là. »

P12 « [...] J'habite au 4^{ème} étage sans ascenseur. Euh... Bah ça va que je suis plutôt jeune, mais j'ai des gens, j'ai deux dames âgées qui habitent au 2^{ème} étage sans ascenseur. Le jour où elles sont malades, elles peuvent pas monter les escaliers pour aller voir le médecin. C'est juste pas possible. Elles vont claquer sur le palier ! Je sais pas ! Mais elles peuvent pas... On ne peut pas leur demander ça. Euh... Parce que c'est juste pas possible. Là, elles le font, elles le font bien. Elles le font. Et puis c'est des marches, c'est des vraies marches de 20 cm. C'est pas les petites marches qu'on trouve dans les maisons de retraite ou dans les hôpitaux ou c'est petits pas par petits pas. Là, c'est des vraies marches de 20 cm. C'est un vrai effort à monter. Moi elles ont tout mon respect pour faire ça 2 fois par jour tous les jours ! Donc non, non ! Y'a un vrai... Dire aux gens, déplacez-vous, c'est une bêtise. C'est une connerie pas possible. Parce que du coup, on limite. Bah 90% des gens iront, mais c'est pas grave SOS médecins feront plus de boulot... Et on appellera le SAMU plus souvent... Et les pompiers aussi. Parce que, bon, on peut pas avoir accès aux premiers soins, donc on appelle les services d'urgences qui eux sont obligés de se déplacer. »

P13 « Bah moi j'ai connu ça les médecins qui se déplaçaient, c'est quand j'étais gamin ! Maintenant, bon... Un médecin qui se déplace c'est rare. [...] Ça serait mieux que ça se déplace mais... »

P7 « Si on peut pas, on fait autrement. Mais en campagne, je pense pour les personnes isolées. Celles qui n'ont pas de voiture, qui n'ont pas le permis, les vieux... Je sais pas moi. Les anciens... Là oui je comprends. Après ceux qui sont fainéants, c'est toujours pareil ! Rires. Ils ont pas se bouger ! [...] Bah, j'en ai eu sûrement besoin, mais j'ai pris SOS médecins. »

P12 « Bah non ! Parce que moi j'ai été immobilisé, j'avais 22 ans, j'étais immobilisé, je pouvais pas aller chez le médecin en béquilles, tout ça. Je peux pas conduire. J'ai pas forcément quelqu'un pour m'amener aux heures où le médecin à une place de libre. Donc non, les visites c'est utile pour... C'est utile. Alors après, le problème des visites, ça coûte cher... Mais c'est utile des visites. Pas que pour les personnes âgées. Toutes les personnes qui sont limitées dans leurs mouvements. Que ce soit temporaire, ou quasiment permanent. »

VI. Répercussions de la situation sociale sur la santé

Les avis des participants étaient très partagés. Certains ne voyaient pas de lien entre leur situation sociale et leur santé. Pour eux, elle n'avait pas de répercussions. D'autres, au contraire, pensaient qu'elle pouvait avoir des répercussions sur leur santé mentale, mais également sur leur santé physique. Un seul participant n'avait pas d'avis sur la question.

P9 « Non, je pense pas, parce que j'ai pas eu d'à coup, j'ai rien eu. J'vois pas pourquoi... Non, non, j'ai rien... »

P11 « Euh... Non je pense pas. Pour moi, non. [...] Bah après, on s'empêche pas... Je vois toujours mes amis. Comment ? On sort sans faire de grosses sorties. On va pas aller au cinéma mais on va pas s'empêcher d'aller voir des amis, dîner chez eux, les recevoir aussi à la maison... [...] »

P3 « Elle a eu un certain moment, mais plus maintenant. Parce que ça me stressait, ça m'angoissait, j'arrivais pas à aller vers les autres... [...] C'est stressant, c'est angoissant, vous avez pas d'argent, vous pouvez rien payer donc...voilà quoi ! Je veux dire, psycho somatiquement, que ce soit le VIH, un cancer ou quoi que ce soit si vous êtes pas bien, vous avez plus de chance de développer certaines choses. »

P4 « Ah bah oui car je suis quelqu'un qui rumine énormément. Comme ça d'aspect on me dit tout le temps : « t'es sympa ! », façon de parler entre gens... Ils savent pas ce que j'ai dans la tête. Et c'est pas évident, quand vous vous levez le matin, j'me lève entre 5 h et 6 h du matin, et puis vous vous dites « mais qu'est-ce que je vais faire ? ». »

P8 « Malheureusement, je serais incapable de vous répondre. J'en sais rien. Si ça a une répercussion ? J'en sais rien. Peut-être. Mais c'est pas flagrant en tout cas. »

DISCUSSION

I. Rappel des principaux résultats

Les quatorze entretiens réalisés ont permis de montrer une grande diversité des opinions sur le sujet. Les attentes des patients précaires portaient tout d'abord sur les compétences biomédicales des soignants. Les différents temps de la consultation étaient importants, avec un interrogatoire poussé et un examen physique qu'ils souhaitaient systématique. Le soignant devait expliquer et conseiller son patient, mais aussi connaître ses limites pour ne pas retarder la prise en charge. Les prescriptions devaient être réfléchies. Ils accordaient un rôle particulier au médecin généraliste qu'ils considéraient comme leur référent, mais aussi ayant sa place dans le suivi, la prévention et la continuité des soins.

Les attentes relationnelles étaient principalement basées sur l'écoute et le temps accordé au patient. Ils souhaitaient pouvoir être accompagnés et rassurés si nécessaire. Dans certains cas, le soignant avait un rôle de soutien psychologique. Pour les patients les plus précaires, cette relation était parfois un moyen de renforcer le lien social. Il était attendu des professionnels de santé qu'ils soient respectueux envers le patient et le secret médical. La relation devait être dénuée de jugement et l'information transparente. En pratique, c'était surtout le premier contact qui était jugé déterminant et qui conditionnait la poursuite de la relation avec tel ou tel soignant. Concernant le rapport à l'argent et particulièrement l'avance des frais, les avis étaient partagés. L'absence d'avance des frais était tout de même jugée facilitatrice dans l'accès aux soins. Le renoncement aux soins ne concernait pas les actes de médecine générale.

Les patients avaient quelques attentes sur le plan matériel.

En termes d'accessibilité aux soins, la disponibilité des soignants était jugée essentielle, surtout dans le contexte actuel. L'organisation des consultations était débattue. Tout le monde s'accordait à dire que le regroupement des professionnels de santé était un plus. De même, les patients étaient attachés aux visites à domicile, particulièrement en milieu rural du fait de l'éloignement des structures de soin.

II. Limites de l'étude

Biais de sélection

Pour des raisons pratiques, l'étude a été effectuée sur la région Bourgogne avec les caractéristiques sociodémographiques qui lui sont propres. Cependant, la distribution aléatoire des questionnaires EPICES par les médecins généralistes, sans tenir compte du statut social des patients, a permis de réduire les erreurs de repérage lors de la constitution de l'échantillon. Dans un second temps, afin d'obtenir un échantillon en variation maximale, nous avons distribué les questionnaires EPICES aux profils manquants, à savoir les hommes de 18 à 30 ans.

Biais de désirabilité

L'enquêtrice s'étant présentée comme interne en dernière année d'études médicales ayant travaillé avec le médecin traitant des patients interrogés, ceux-ci ont probablement souhaité être vus favorablement. Ils peuvent s'être montrés plus sensibles au thème de l'étude et ont pu omettre volontairement des critiques négatives envers leur médecin et le corps médical en général.

Biais d'intervention et d'influence

Ce biais est inhérent à toute étude qualitative. Malgré sa position de chercheur neutre mais avec ses propres opinions sur le sujet, l'enquêtrice a pu influencer le cours des entretiens. De plus, la technique de l'enquêtrice s'est améliorée au fil des entretiens, ce qui a pu occasionner une différence de qualité dans le recueil des données et la pertinence des relances.

Biais d'interprétation

De même, la compréhension, la sélection et l'analyse des verbatim ont pu occasionner une déperdition d'informations ou une interprétation erronée de certains propos rapportés par les participants.

III. Forces de l'étude

Echantillonnage en variation maximale

Cette technique d'échantillonnage permet d'obtenir un échantillon plus « juste » avec une grande diversité de témoignages.

Biais de recrutement limité

Notre étude a été confrontée à seulement trois refus sur les vingt-et-un patients qui ont pu être recontactés par téléphone. Seulement quatre n'ont pas donné de suite ou ont annulé leur rendez-vous. Ceci a permis de limiter le biais de recrutement.

Peu d'études sur le sujet en soins primaires

A l'heure actuelle, aucune étude de ce type n'a été réalisée sur des populations précaires définies à l'aide du score EPICES et sélectionnées en cabinet de médecine générale. Cela permet d'avoir des données originales sur les préoccupations des patients en situation de précarité, rencontrés au quotidien en soins primaires.

Approche compréhensive

Afin de ne pas influencer les réponses des participants, l'enquêtrice s'est efforcée d'adopter l'attitude la plus neutre possible. Elle a laissé aux participants la possibilité de s'exprimer librement et de détailler au maximum leurs réponses, limitant ainsi le phénomène d'interprétation, comme en témoigne la durée moyenne d'entretien de 40 minutes.

Grille d'entretien

L'évolution de la grille au fil des entretiens a permis de recueillir un maximum d'idées sur le sujet, au plus proche des considérations des personnes interviewées.

Triangulation des données

Le recueil de différentes sources de données par les entretiens et les notes de terrain ont permis de renforcer l'analyse.

Double codage

Afin de limiter le biais d'interprétation, un double codage de l'ensemble des verbatim a été réalisé par la directrice de thèse de l'enquêtrice principale.

Obtention de la saturation des données

L'obtention de la saturation des données au treizième entretien, confirmée au quatorzième, a permis de renforcer la fiabilité de l'étude en recueillant un maximum d'idées sur le sujet.

IV. Interprétation des résultats et/ou confrontation à la littérature

A. Des attentes similaires aux patients non précaires, adaptées aux compétences médicales

Les études réalisées auprès de patients non sélectionnés sur des critères de précarité montrent des résultats similaires. Les patients attendent du médecin des compétences techniques et biomédicales (une consultation bien menée, des prescriptions réfléchies, un suivi...), des compétences relationnelles et affectives (relation de confiance, paternaliste ou de partenariat, du respect...) et des compétences en communication (une écoute, des explications). L'accent est mis sur la disponibilité et le temps accordés au patient ainsi que l'accessibilité aux soins et les commodités. Seule la problématique du rapport à l'argent dans la relation de soins, à savoir un désintérêt du médecin pour l'argent, n'était pas présente dans notre étude (14).

Ces attentes se calquent sur les compétences que doivent acquérir les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, au cours de leur exercice. Parmi les référentiels des métiers de la santé, on distingue un modèle reconnu internationalement : celui de l'approche centrée patient (15). Il met le patient et son projet de vie au cœur de la relation de soins. Il vise à explorer l'expérience de la maladie vécue par le patient, comprendre la personne dans sa globalité, avoir une compréhension commune entre patient et médecin, développer une relation d'alliance thérapeutique, favoriser la promotion de la santé et tenir compte de ses limites. A celui-ci s'ajoute un modèle complémentaire, élaboré par le Collège National des Généralistes Enseignants dans un but pédagogique de certification des jeunes médecins généralistes : la marguerite des compétences. Il est défini par une approche centrée patient, basée sur la relation et la communication ; une approche globale et complexe de la situation ; un rôle dans l'éducation, la prévention et le dépistage des populations et sur le professionnalisme. A ces quatre champs, s'ajoutent des compétences plus spécifiques aux fonctions du médecin généraliste : le premier recours et l'urgence, le suivi, la continuité et la coordination des soins (16).

B. Particularités de prise en charge des patients précaires, des attentes spécifiques selon le degré de précarité économique

Dans l'ensemble, concernant les attentes des patients envers leur médecin traitant, des résultats comparables ont été rapportés lors d'une étude qualitative auprès de patients originaires de Saint Etienne sélectionnés sur des critères de précarité économique. Leurs attentes portent sur les compétences du médecin généraliste (biomédicales et relationnelles) mais également sur les modalités pratiques telles que l'accessibilité aux soins et l'aspect économique (17). Pour les personnes

en difficulté, l'accent est mis sur l'absolue nécessité d'humaniser les soins, pour l'ensemble des professionnels de santé (18). De même que dans notre étude, l'abord par le médecin des difficultés autres que somatiques n'est pas nécessairement souhaité. La notion de gradient social de santé ne paraît pas évidente pour les patients, quel que soit leur niveau de précarité économique. L'absence de tabou dans l'abord de la précarité de cette étude n'est pas évidente pour la nôtre. Bon nombre la considèrent comme de l'ordre du domaine privé et ne souhaitent pas forcément en informer les soignants. Les patients précaires s'accordent à dire que le médecin n'est pas « un assistant social ». Même s'ils ne se définissent pas par rapport à leur précarité et se considèrent comme des patients comme les autres, la réalité est autre. Dans la littérature, certains nous disent : « On a l'impression qu'on soigne nos papiers d'abord et nous après. » ou encore « On nous dit d'emblée : « Vous avez vos papiers, vous avez la sécu, une mutuelle, la CMU ? » » (10).

Par ailleurs, les patients de notre étude n'abordaient pas la problématique culturelle et religieuse dans la relation de soins. Pour les patients en situation de précarité économique, avoir un médecin de religion, de sexe opposé, de culture ou de langue différentes est considéré comme un frein (10,17). Il en est de même pour le manque de confiance envers le médecin. Les thèmes véhiculés par les médias, le manque d'assurance du médecin, l'absence de confiance en la compétence médicale ou sa remise en question par les patients n'apparaissent pas dans notre étude (17).

En revanche, la prévention et l'autonomisation sont clairement abordées dans notre étude alors qu'elles n'étaient pas considérées comme une priorité par les personnes en situation de précarité économique. On retrouve la même problématique dans des études faites auprès de patients en exil ou demandeurs d'asile dont l'obtention d'un titre de séjour et d'un hébergement passe avant tout le reste, notamment avant la santé (18). Ces différences de considérations étaient liées aux critères d'inclusion de notre étude. En effet, le niveau de précarité était jugé en globalité via le score EPICES et non uniquement par rapport à l'aspect financier. De plus, les patients étaient issus de cabinets de médecine générale, ce qui excluait les personnes en situation de grande précarité.

Les données de la littérature soulignent que les populations défavorisées partagent des inquiétudes quant à la dépendance vis-à-vis des aides qu'ils perçoivent, avec la peur de se retrouver du jour au lendemain sans rien, en raison de l'évolution des seuils d'attribution. Cet aspect était retrouvé dans notre étude en ce qui concerne le déremboursement croissant des thérapeutiques par la sécurité sociale. Le risque étant, in fine, une augmentation du renoncement aux soins par manque de moyens financiers. De même, la frustration que peuvent engendrer les démarches administratives non abouties, parfois source de problèmes majeurs, rend le suivi des soins compliqué (10). Pour pallier aux difficultés d'accès aux soins, le pharmacien joue un rôle de plus en plus important aux yeux des populations précaires, car il est d'accès facile et gratuit. Il devient celui à qui l'on parle en premier de ses problèmes. Il a désormais un rôle de référent santé déterminant pour que les soins ne s'arrêtent

pas ou puissent commencer (10). Ce constat confirme l'intérêt des réseaux de soins et l'importance de continuer à développer un exercice pluri-professionnel de la médecine, au service du patient.

C. Représentation des médecins concernant la prise en charge des patients précaires

Les professionnels de santé semblent éprouver des difficultés spécifiques à la prise en charge des patients en situation de précarité.

Un des premiers obstacles consiste à repérer ces patients. Malgré l'existence d'outils de dépistage validés tel le score EPICES, les médecins ont des difficultés à définir la précarité de manière exacte. Ce repérage est d'autant plus difficile pour les travailleurs pauvres et les précaires inapparents. La précarité est parfois dévoilée à la suite d'examen complémentaires ou d'avis spécialisés nécessitant l'avance des frais (19) mais également lors de soins à domicile (20). Finalement, ce repérage est souvent fait de façon intuitive et empirique en médecine générale (11).

Les médecins jugent la prise en charge de ces patients plus complexe, du fait des nombreuses démarches administratives nécessaires. Démarches particulières, qui nécessitent d'être expliquées ou accomplies à la place du patient, dans une relation de soins paternaliste. Un des obstacles est le manque de formation et l'absence de connaissances par les professionnels de santé des procédures types et des structures relais. Cela implique qu'ils se renseignent, démarche chronophage, non valorisée en médecine ambulatoire, avec le risque de ne pas être rémunéré (10,11,19,21).

En plus des démarches, la prise en charge est jugée chronophage et plus difficile du fait des pathologies rencontrées. Les difficultés d'accès aux soins entraînent des consultations plus tardives et un retard de prise en charge. A cela s'ajoute une vision de la santé divergente entre patients et médecins. Les patients précaires considèrent la bonne santé comme l'absence de maladie. Ils cherchent dans le contact médical le moyen de soulager les symptômes à court terme. Cela explique le nomadisme médical, les consultations aux urgences pour des situations de soins premiers et le manque de suivi de ces patients (22). La notion de prévention n'est pas prioritaire. De ce fait, les maladies rencontrées chez ces populations sont souvent beaucoup plus complexes à prendre en charge, car diagnostiquées tardivement.

De plus, les médecins éprouvent des difficultés relationnelles avec ces patients dans l'accès aux soins. Effectivement, l'augmentation des médicaments non remboursés, l'impuissance du soignant face aux difficultés d'accès aux spécialistes et le manque de moyens lié au contexte économique actuel, sont ressentis comme des freins à la prise en charge de ces patients (10,19,22).

L'élaboration de la relation médecin-patient est plus difficile. L'agressivité, parfois seul moyen de défense pour ces populations défavorisées, leur est reprochée par les soignants (10). De même, les représentations des professionnels altèrent cette relation. Le manque d'hygiène, l'incompréhension

face à certains comportements, les difficultés de suivi notamment pour les gens du voyage, l'impression d'une augmentation injustifiée des demandes de soins pour les bénéficiaires de la CMU, l'exigence croissante et les attitudes de « shopping médical » sont autant de facteurs limitants dans l'élaboration d'une relation de confiance entre le soignant et le patient (19,22). Finalement, ce sont deux représentations au sein de deux groupes sociaux qui s'opposent, avec des codes, des besoins et une hiérarchisation de ces besoins qui sont différents.

D. Confrontation des attentes des patients précaires aux attentes et représentations des médecins

Malgré les difficultés qu'ils rencontrent, les médecins ont conscience du rôle privilégié des acteurs de soins premiers dans la promotion de la santé physique et psychique des populations précaires (22). Le lien entre précarité et santé et l'existence d'un gradient social de santé est beaucoup plus évident pour les professionnels de santé (11,20) que pour les patients eux-mêmes. Ceux-ci ne se définissent pas à travers leur précarité. L'abord des problèmes socio-économiques est tabou pour certains, mais pour la plupart, il vient lorsqu'une relation de confiance s'installe avec le soignant. Il semble que la précarité soit un sujet plus difficile d'abord pour le médecin traitant que pour le patient (17). En effet, les soignants s'estiment plus à l'aise pour aborder les questions d'ordre personnel lorsque la relation patient-soignant est forte. A l'inverse, on constate que les soignants habitués à prendre en charge des patients précaires incluent ces questionnements de façon systématiques dans leur exercice (20). Comparativement à d'autres études réalisées auprès de patients précaires, l'image positive des professionnels de santé qu'ils décrivent contraste avec l'image négative qu'ont les soignants d'eux (17,22). Ces patients n'ont pas conscience de l'incidence que peut avoir leur précarité sur l'élaboration de la relation médecin traitant-patient.

En dehors des critères de précarité, il existe une différence entre les attentes et les perceptions de la qualité de la relation entre soignants et patients. Les médecins estiment qu'il est de leur fonction de décrypter les demandes cachées et de percevoir les véritables attentes de leurs patients en allant parfois au-delà de la demande de soins (19,23). Parfois la qualité des soins voulue par le professionnel de santé ne correspond pas toujours à la qualité délivrée. Le travail d'écoute et le soutien psychologique que peuvent apporter les soignants est d'autant plus important que le patient se trouve en situation de précarité et donc de vulnérabilité (24). Le manque de temps de consultation constitue le principal obstacle. Il est aggravé par la demande croissante de soins, conséquence du contexte démographique actuel (21,25). Ce manque de temps à accorder aux patients fait écho aux attentes des patients précaires en termes d'écoute et de disponibilité des soignants mais ne leur est pas spécifique. Les professionnels de santé ont tendance à juger la prise en charge des patients précaires

plus chronophage, mais une récente étude effectuée en soins premiers a montré qu'à motifs de consultation équivalents, la durée de consultation est plus courte pour les patients bénéficiaires de la CMU ou de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) (26).

De plus, les professionnels de santé semblent avoir du mal à définir leur rôle dans la prise en charge des patients précaires (11,20). Pourtant, les patients n'attendent pas d'eux qu'ils se substituent aux organismes sociaux et n'ont pas d'attentes spécifiques dans ce domaine. C'est le cas notamment des démarches administratives. Leur rôle serait plutôt de faire le lien entre la santé et la situation sociale de leurs patients pour les orienter vers les intervenants adaptés (11).

Sur le plan financier, les données de la littérature rapportent que les dépassements d'honoraires, le manque d'application du tiers-payant ainsi que l'augmentation des forfaits et franchises, freinent l'accès aux soins des plus démunis. Ainsi, selon un sondage IPSOS réalisé pour le Secours Populaire en août 2008, près de quatre Français sur dix ont déjà renoncé à un soin pour des raisons économiques. Cette proportion monte à 52% dans les foyers les plus pauvres (27). Les patients et les soignants s'accordent à dire que les aides sociales (AME, CMU, ACS...) contribuent à réduire les inégalités d'accès aux soins. Dans notre étude, le renoncement aux soins pour raisons financières était peu ressenti, bien qu'existant. La plupart des patients bénéficiait soit de la CMU-c, soit d'une prise en charge à 100% dans le cadre de leur ALD. Cependant, deux problèmes persistent : le non recours aux aides (20 à 30% de bénéficiaires potentiels n'ont pas recours à la CMU-c et 85% à l'ACS) et le refus de soins de certains professionnels de santé aux bénéficiaires de ces dispositifs (28).

CONCLUSIONS

L'objectif de cette étude était d'identifier les attentes des patients en situation de précarité vis-à-vis des professionnels de santé. Elle nous a montré que leurs attentes n'étaient pas spécifiques par rapport à la population générale et se calquaient sur les compétences que doivent acquérir les soignants au cours de leur exercice. Elles se basent sur le savoir-être et une relation patient-soignant de qualité. Cela conforte l'idée que les professionnels de santé doivent se recentrer sur la relation de soins avec leurs patients, qu'ils soient précaires ou non.

Contrairement au corps médical, la notion de gradient social de santé ne semblait pas évidente pour ces patients. Ils ne se définissaient pas à travers leur précarité et n'éprouvaient pas forcément le besoin de parler de leur situation sociale dans le contexte du soin. Il est d'autant plus important pour les soignants de repérer ces patients plus à risque afin de renforcer les efforts de prévention.

De même, ils n'avaient pas conscience des difficultés que peuvent éprouver certains professionnels de santé à les prendre en charge. Cela pousse à réfléchir sur nos représentations de la précarité. Sensibiliser les soignants et modifier leurs regards sur ces populations permettraient de mieux les comprendre et ainsi diminuer le fossé entre ces patients et les structures de soins. Bien que la prise en charge des patients précaires soit jugée plus complexe par les soignants, cela ne semblait pas transparaître aux yeux des patients dans notre étude. En effet, on s'aperçoit que là où résident les difficultés des soignants, notamment des médecins, on ne retrouve pas d'attentes spécifiques de la part des patients qui ont conscience du rôle de chacun.

Cette question de recherche pourrait s'enrichir en confrontant le point de vue des patients précaires à celui des soignants à travers des entretiens de groupe. Le croisement des savoirs serait un moyen de faire évoluer la relation soignant-patient vers une relation de partenariat.

Le Président du jury,



Pr. J.-N. BEIS

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 13 Décembre 2016

Le Doyen



Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

1. Moquet MJ. Inégalités sociales de santé : des déterminants multiples. *La santé de l'homme*. 2008 Oct;(397):17–9.
2. Cambois E, Jusot F. Ampleur, tendance et causes des inégalités sociales de santé et de mortalité en Europe : une revue des études comparatives. *BEH*. 2007 Jan;2–3(27):10–4.
3. Dalstra J, Kunst AE, Borrell C, Breeze E, Cambois E, Costa G, et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an overview of eight European countries. *Int J Epidemiol*. 2005 Apr;34(2):316–26.
4. Haut Comité de Santé Publiques. La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé [Internet]. Rennes: Haut Comité de Santé Publiques; 1998 [cited 2016 Feb 2] p. 350. Available from: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Ouvrage?clef=15>
5. Moulin J-J, Dauphinot V, Dupré C. Inégalités de santé et comportements : comparaison d'une population de 704 128 personnes en situation de précarité à une population de 516 607 personnes non précaires, France, 1995-2002. *BEH*. 2005 Oct;(43):213–6.
6. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. L'état de santé de la population en France - Édition 2015 [Internet]. DREES; 2015 [cited 2016 Nov 2]. Available from: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-edition-2015>
7. Barnay T, De Riccardis N. Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue. *Etudes et résultats*. 2014 Dec;(898):1–6.
8. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H. Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Revue de littérature - Qes179.pdf*. *Questions d'économie et de Santé*. 2012 Sep;(179):1–8.
9. Bodenmann P, Jackson Y, Bischoff T. Précarité et déterminants sociaux de la santé: quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? *Rev Médicale Suisse*. 2009 Apr;5:845–50.
10. Pelsy DHB, Sibue-DeCaigny C. Accès aux soins des populations défavorisées : la relation soignant-soigné. *Laennec Santé Médecine Ethique*. 2012 Jan 1;Tome 54(2):18–30.
11. Köhl M. Les représentations de la précarité chez les médecins généralistes, étude qualitative [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2014.
12. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exercer*. 2013;24(105):4–11.
13. Sass C, Moulin J-J, Guéguen R. Le score Epices : un score individuel de précarité. Construction du score et mesure des relations avec des données de santé, dans une population de 197 389 personnes. *BEH*. 2006 Apr;(14):93–6.

14. Dedienne M-C. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2001.
15. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 1982. 2000 Oct;51(7):1087–110.
16. Perdrix C, Pigache C, Dupraz C. Approche centrée patient et marguerite des compétences : une interaction à mettre en place et à évaluer. *Exercer*. 2016;27(125):132–7.
17. Marron Delabre A. Relation médecin traitant-patient: point de vue des patients en situation de précarité [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2014.
18. Goer B de, Ferrand C, Hainzelin P. Croisement des savoirs : une nouvelle approche pour les formations sur la santé et la lutte contre les exclusions. *Santé Publique*. 2008 Jul 4;20(2):163–75.
19. Marie CFS, Querrioux I, Baumann C, Patrizio PD. Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*. 2015 Dec 31;27(5):679–90.
20. Mc Conalogue D, Kierans C, Moran A. The hidden practices and experiences of healthcare practitioners dealing with fuel poverty. *J Public Health Oxf Engl*. 2016 Jun;38(2):206–11.
21. Falcoff H. Le dilemme de la médecine générale face aux inégalités : faire partie du problème ou contribuer à la solution ? [Internet]. Saint-Denis: INPES; 210AD [cited 2016 Nov 2] p. 380. (coll. Santé en action). Available from: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>
22. Willems SJ, Swinnen W, De Maeseneer JM. The GP's perception of poverty: a qualitative study. *Fam Pract*. 2005 Apr;22(2):177–83.
23. Moreau A, Dedienne M-C, Labarere J, Terra J-L. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. *Rev Prat Médecine Générale*. 2004;(674–75):1495–8.
24. Monnickendam M, Monnickendam SM, Katz C, Katan J. Health care for the poor--an exploration of primary-care physicians' perceptions of poor patients and of their helping behaviors. *Soc Sci Med* 1982. 2007 Apr;64(7):1463–74.
25. Lemasson A, Gay B, Duroux J-LL et G. Comment le médecin perçoit-il sa prise en compte des préoccupations du patient ? Une étude qualitative en soins primaires en Aquitaine. *Médecine*. 2006 Jan 1;2(1):38–42.
26. Petitclerc-Roche S, Capron V. Influence de la précarité sur la prise en charge médicale. *Exercer*. 2014;25(114):196–7.
27. Denantes M, Chavillard M, Renard J-F. Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer*. 2009;20(85):22–6.
28. Allermoz E, Drault C. Accès aux soins et précarité. La situation se dégrade. *Médecins*. 2014 Jun;(35):17–9.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire patient

Afin d'avancer dans mon travail de thèse et ainsi de contribuer à une amélioration des pratiques en médecine générale, je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire.

SEXE : Homme – Femme

AGE :

Avez-vous des maladies chroniques (diabète, hypertension...) ? Si oui, lesquelles ?

.....
.....

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

**Questions du score EPICES*

Acceptez-vous d'être recontacté par téléphone dans le cadre de mon travail de thèse ?

OUI - NON

Si oui, et je tiens à vous préciser que cela ne vous engage à rien, veuillez inscrire ci-contre votre numéro de téléphone :

Annexe 2 : Lettre d'information aux médecins



A Dijon,
Le 20/01/2015,

Docteurs,

Je suis interne en médecine générale et vous sollicite dans le cadre de mon travail de thèse. Celui-ci consiste à identifier « les attentes des patients en situation de précarité vis à vis des soignants en général ».

Pour cela, mon projet est d'effectuer une étude qualitative sur un échantillon de patients en situation de précarité préalablement sélectionnés. Je leur ferai passer par la suite des entretiens individuels semi dirigés afin de mettre en évidence leurs attentes.

Les données de la littérature sur le sujet sont pauvres. Il s'agirait donc d'un travail novateur qui vise à améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité en médecine générale.

Votre rôle consiste à faire remplir sur une journée de consultation le « questionnaire patient » ci-joint à **20 de vos patients âgés de 18 à 75 ans** sans les avoir présélectionnés pour éviter un éventuel biais de sélection.

La distribution de ce questionnaire pourrait se faire à la fin de la consultation, je vous laisserai à disposition une urne de recueil pour conserver l'anonymat.

Dans un second temps je sélectionnerai parmi les questionnaires les patients correspondant aux critères EPICES de précarité et les contacterai par téléphone pour programmer des entretiens individuels.

Je vous remercie de votre coopération.

Mathilde VILLEDARY
Interne

Annexe 3 : Formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Je vous propose de participer à une étude qualitative visant à mieux connaître vos attentes envers les professionnels de santé (médecins, dentistes, infirmières, kinésithérapeutes, pharmaciens...). Cette étude s'inscrit dans mon projet de thèse en association avec le département de médecine générale de l'université de Bourgogne.

Votre participation consiste à répondre à des questions en lien avec votre vie personnelle lors d'un entretien d'environ 1 heure. Vous pouvez tout à fait refuser de répondre à certaines questions et stopper votre participation sans avoir à vous justifier ni encourir aucune responsabilité. Je vous précise que ces entretiens seront enregistrés afin de les retranscrire et les analyser.

Les informations recueillies vous concernant et concernant les professionnels que vous pourriez citer seront anonymisées.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitée.

Mathilde VILLEDARY

Je soussigné(e)

..... , atteste avoir obtenu le consentement libre et éclairé de Monsieur/Madame pour l'étude « Les attentes des personnes en situation de précarité vis-à-vis des soignants », après l'avoir informé des points suivant :

- Nature et objectif de l'étude, sa méthodologie, sa durée ;
- Les bénéfices attendus
- Les risques et contraintes possibles ;
- Son droit d'accepter ou de refuser et de se retirer à n'importe quel moment de l'étude.

Le/...../.....

Signature du participant

Signature de l'investigateur

Annexe 4 : Guide d'entretien

Je vous remercie d'avoir accepté de me rencontrer. Je vous demande à présent de m'accorder un peu de votre temps pour un entretien. Je tiens à préciser que cet entretien sera enregistré afin de pouvoir le retranscrire et exploiter les données par la suite. Je vais donc vous poser un certain nombre de questions. N'hésitez pas à préciser vos réponses, à y apporter des commentaires car tout ce que vous avez à dire nous intéresse. C'est précisément ce qui fera la force de cette étude. Tous les noms ou lieux que vous pourriez citer au cours de l'entretien ne seront pas mentionnés par respect de l'anonymat des données.

1) Présentation

- Age
- Sexe
- Statut marital
- Nombre d'enfants
- Profession actuelle
- Mode de vie (habitation, ...)
- Score EPICE

2) Histoire de vie

- Quel est votre parcours professionnel ?
- Pourriez-vous me parler des événements qui ont marqué votre vie (positifs ou négatifs) ?
- Avez-vous des problèmes de santé (maladies chroniques, invalidité, ...) ?

3) Auto-analyse

- Comment voyez-vous votre situation sociale ?
- Erouvez-vous des difficultés financières ? Précisez.

4) Retentissement

- Selon vous votre situation sociale a-t-elle une répercussion sur votre santé ? Comment ?
- Avez-vous déjà renoncé à des soins pour des raisons financières ? Lesquels ?
- Vous sentez vous isolé(e) ? Pourquoi ? Dans quel domaine (familial, professionnel, santé...) ?

5) Attentes

- Quelles sont vos attentes envers les soignants ?

Orientations pendant l'entretien : aides sociales, information, aide aux démarches administrative, ...

6) Soins primaires

- Quel est selon vous le rôle du médecin généraliste ?
- Avez-vous en tête des situations qui vous auraient déplu lors d'une consultation chez votre médecin généraliste ? Comment auriez-vous aimé qu'il réagisse ?
- Pensez-vous que votre médecin généraliste doit être au courant de votre situation sociale ?

7) Perspectives d'avenir

- Comment voyez-vous le futur ?

Annexe 5 : Tableau des caractéristiques des participants

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Sexe	F	F	M	M	F	F	F
Tranche d'âge (années)	18-30	18-30	≥ 50	≥ 50	31-49	≥ 50	31-49
PCS	Vendeuse	Sans emploi	Serveur	Auto entrepreneur	Sans emploi	Sans emploi	Gestionnaire d'entreprise
Secteur d'habitation	R	R	U	U	R	U	U
Enfants	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Situation maritale	Couple	Couple	Seul	Seul	Seul	Couple	Seul
Score EPICES	39.64	36.69	63.90	68.05	53.85	57.39	32.55

	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14
Sexe	M	M	F	F	M	M	M
Tranche d'âge (années)	≥ 50	≥ 50	≥ 50	18-30	18-30	31-49	31-49
PCS	Retraité	Retraité	Retraité	Agent de service hospitalier	Sans emploi	Ouvrier	Sans emploi
Secteur d'habitation	R	R	R	R	U	SR	SR
Enfants	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Situation maritale	Couple	Couple	Couple	Couple	Seul	Couple	Couple
Score EPICES	31.95	38.47	60.36	47.93	42	31.37	37.88

P : Patient

F : Féminin

M : Masculin

PCS : Profession et catégorie socio-professionnelle

R : Rural

U : Urbain

SR : Semi-rural

TITRE DE LA THESE :

ATTENTES DES PATIENTS PRECAIRES VIS-A-VIS DES PROFESSIONNELS DE SANTE

AUTEUR : Mathilde VILLEDARY

RESUME :**Introduction :**

Le lien entre précarité et santé est bien établi par les études épidémiologiques. Le spécialiste de premier recours est en position stratégique pour renforcer la prévention dans ces populations à sur risque de morbi-mortalité. Cependant, les attentes de patients précaires vis-à-vis des professionnels de santé ne sont pas connues.

Méthode :

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de patients précaires (score EPICES supérieur à 30) recrutés en cabinets de médecine générale. L'échantillonnage respectait le principe de variation maximale. Le guide d'entretien abordait l'histoire de vie des patients, lien entre situation sociale et santé et leurs attentes vis-à-vis des soignants. L'analyse a été comprehensive, sur le principe de la théorisation ancrée.

Résultats :

Quatorze entretiens, d'une durée moyenne de 40 minutes, ont été effectués. Les patients interrogés attendaient des soignants des compétences bio-médicales et relationnelles, la prise en compte des aspects matériels, économiques et de l'accessibilité aux soins. L'accent était mis sur l'écoute et le temps qui leur étaient consacrés. Peu d'attentes spécifiques à la précarité étaient mises en avant. Pour les patients précaires interrogés, les répercussions de leur situation sociale sur leur santé ne sont pas évidentes.

Discussion :

Selon les données de la littérature, les attentes des patients en situation de précarité sont comparables à celles des patients non précaires. Il existe un contraste entre les représentations de leurs attentes par les soignants et leurs attentes réelles. La place de la relation patient-soignant est essentielle à l'amélioration de l'état de santé de ces populations.

MOTS-CLES :

Besoins et demandes de services de santé ; déterminants sociaux de la santé ; facteurs socio-économiques ; Relations entre professionnels de santé et patients