



Année 2016

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Laetitia CANAZZI

Né(e) le 15 Novembre 1986 à Abidjan (99)

TITRE

**Rendez-vous manqués en Médecine Générale : les raisons évoquées par les patients
bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle, du Tiers Payant Social et de l'Aide
Médicale d'Etat.**

Présentée et soutenue publiquement le 12 Décembre 2016 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Alain CHANTEPIE, Pédiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Emmanuel RUSCH, Epidémiologie, économie de la santé et prévention, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Marie-Véronique CONSTANT, Médecine Générale – Pithiviers

Docteur Delphine LE GOFF, Médecine Générale – Brest

RESUME

Introduction- En 2008, 28 millions de consultations n'ont pas été honorées en médecine générale. Selon une étude de l'URPS de Franche Comté de 2013, les patients absents bénéficiaient en majorité de dispense d'avance de frais : Couverture Maladie Universelle (CMU), Tiers Payant (TP) et Aide Médicale d'Etat (AME). Cette étude a été reprise dans la presse professionnelle, stigmatisant ces patients. L'objectif de ce travail était de connaître les motifs de leur rendez-vous manqués.

Matériel et Méthode- Etude qualitative par entretiens semi structurés auprès de patients bénéficiant du tiers payant social, absents à leur rendez-vous, recrutés auprès de dix cabinets médicaux du Loiret et du Loir-et-Cher. L'échantillon a été raisonné selon l'âge, le sexe, la situation conjugale, le type de couverture sociale et la situation financière ressentie du foyer. La trame d'entretien explorait les causes à l'origine de l'absence au rendez-vous, les conditions de vie, la prise de rendez-vous chez le médecin et la relation médecin-patient. Une analyse thématique a été conduite et un schéma explicatif a été créé à l'issue de l'analyse.

Résultats- 14 entretiens ont été réalisés. La suffisance théorique des données a été obtenue au treizième entretien. La principale raison pour ne pas honorer un rendez-vous était l'oubli. Les patients décrivaient des agendas complexes liés à leurs conditions de vie, leurs démarches de régularisation et de multiples préoccupations. Des causes secondaires ont été retrouvées : contraintes fixées par les médecins, barrière de la langue, coordination avec leur entourage. Ils se sentaient parfois coupables de ne pas être venus. Ils jugeaient primordiale la qualité de la relation qu'ils avaient avec leur médecin. Leur santé leur paraissait importante. Certains utilisaient des techniques pour éviter les oublis, insuffisantes par rapport aux contraintes du quotidien. Certains médecins aménageaient efficacement leur emploi du temps pour améliorer l'accès aux soins de ces patients : consultations sans rendez-vous et consultations d'urgence.

Discussion- L'oubli de ces patients ne correspondait pas à une négligence ou un dédain de leur médecin généraliste. Les modalités habituelles de fonctionnement des médecins ne sont pas adaptées à ces patients mais peuvent être aménagées.

Missed appointment in General Medicine: Reasons given by vulnerable patients, benefiting from health insurance coverage.

ABSTRACT

Introduction-In 2008, 28 million consultations have been missed in general practice. According to a study lead by Franche Comte URPS in 2013, missed appointments were mostly due to vulnerable patients: Couverture Maladie Universelle (CMU), Tiers Payant (TP), Aide Médicale d'Etat (AME). This study was cited in the French medical press stigmatizing these patients. The objective of this work was to discover and understand the reasons for their missed appointments.

Material and Method-Qualitative study by semi structured interviews with patients benefiting from health insurance coverage having missed their appointments, recruited in ten general practice offices located in Loiret and Loir-et-Cher. A maximum variation sample was created taking into account age, sex, marital status, type of insurance coverage and the way patients perceived the household's financial situation. The script explored the reasons of absence at the appointment, living conditions, how patients usually make an appointment with the doctor and the doctor-patient relationship. A thematic analysis was conducted and an explanatory diagram was created at the end of the analysis.

Results-14 interviews were conducted. Data saturation was obtained at the thirteenth interview. The main reason for missing an appointment was forgetfulness. Patients describe complex agendas related to their living conditions, their administrative procedures and multiple concerns. Secondary causes were found: constraints set by doctors, language barriers, coordination with those around them. They sometimes felt guilty for not coming. Quality of doctor-patient relationship was major. Their health was overriding to them. Some patients used techniques to avoid oversights, insufficient considering the stresses of daily life. Some doctors effectively arranged their time to improve access to care for these patients: consultations without appointments and emergency consultations.

Discussion- Forgetfulness of these patients did not correspond to any neglect or disdain for their general practitioner. GPs usual working is not suitable for these patients but can be improved.

MOTS CLEFS EN FRANCAIS

- Population vulnérable
- Recherche qualitative
- Absence des patients
- Causes multiples
- Relation à la santé

MOTS CLEFS EN ANGLAIS

- Vulnerable populations
- Qualitative research
- No show patients
- Multiple causations
- Health attitudes

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZE - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe	Neurologie
COSNAY Pierre	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOMMET Caroline	Gériatrie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie

LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David..... Physiologie
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne..... Cardiologie
BERTRAND Philippe..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle..... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène..... Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès..... Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUTBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane..... Biophysique et médecine nucléaire

FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent	Physiologie
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
LEMOINE Maël	Philosophie
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
MONDON Karl	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ, merci de me faire l'honneur de présider le jury de thèse.

A Messieurs les Professeurs Alain CHANTEPIE et Emmanuel RUSCH, merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

A Madame le Docteur Delphine Le Goff, ma directrice de thèse, je te remercie de ta patience et de ta disponibilité jusqu'aux dernières heures de rédaction de ce travail. Tu m'as donné des conseils précieux pour avancer, toujours avec bienveillance. Je suis admirative de ton dévouement malgré tes nombreuses occupations.

A Madame le Docteur Marie-Véronique Constant, ma maitre de stage ambulatoire alors que j'étais en troisième semestre, qui m'a suggéré ce sujet de thèse. Tu m'as accompagné dans mes premiers contacts avec la réalité de la Médecine Générale et je t'en suis reconnaissante. J'espère que cet ouvrage te donnera un début de réponse à tes questions.

Merci aux médecins ayant accepté de participer à cette étude et tout particulièrement Madame le Docteur Naïma Bouraki, merci de ton investissement et de ta motivation.

Merci aux patients d'avoir accepté de m'ouvrir les portes de chez eux. Vous avez partagé avec moi votre quotidien et vos histoires difficiles. Vos témoignages ont permis de modifier ma pratique professionnelle et ma façon de concevoir la vie.

A mes parents, pour votre amour, votre soutien tout au long de ces années. Merci de m'avoir permis de réaliser mes rêves d'avenir.

A mon frère que j'aime tant, aux expériences magnifiques et folles que tu m'as fait vivre pour m'aider à relâcher un peu la pression.

A Amaury, mon amour, pour ton aide, ta compréhension et ton calme.

A Aurélie et Renaud pour votre soutien à toute épreuve, merci de m'avoir fait l'honneur de devenir marraine pour la première fois.

A mes amies de toujours Sophie-Anne, Audrey et Elodie.

A Maurine, mon amie et mon aide pour la grammaire, merci pour ta relecture.

I. LISTE DES ABREVIATIONS

CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

AT/MP : Accident du Travail/Maladie Professionnelle

AME : Aide Médicale d'Etat

ACS : Aide Complémentaire Santé

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

RSA : Revenu de Solidarité Active

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	10
I. LISTE DES ABREVIATIONS	11
II. INTRODUCTION	16
III. MATERIEL ET METHODE	19
IV. RESULTATS	21
1. Absences aux rendez-vous : raisons spontanément évoquées par les patients	22
1.1. <u>L'oubli et les causes de l'oubli</u>	22
1.1.1. <i>Des délais de rendez-vous longs</i>	23
1.1.2. <i>Une erreur de date ou d'horaire des rendez-vous</i>	23
1.1.3. <i>La priorisation des préoccupations des patients</i>	23
1.1.3.1. Liées au travail	23
1.1.3.1.1. Absence de travail	23
1.1.3.1.2. Des conditions de travail difficiles	23
1.1.3.1.3. Importance du travail pour les patients	23
1.1.3.2. Liées à des difficultés financières	24
1.1.3.2.1. Actions des patients face aux difficultés financières	24
1.1.3.2.2. Vécu des patients des difficultés financières	24
1.1.3.3. Liées au logement	24
1.1.3.3.1. Difficultés pour se loger	24
1.1.3.3.2. Un environnement de vie inquiétant	24
1.1.3.3.3. Réponses des patients face aux difficultés liées au logement	25
1.1.3.4. Liées à leur émigration	25
1.1.3.4.1. Les conditions d'émigration	25
1.1.3.4.2. Les raisons de l'émigration	25
1.1.3.4.2.1. Améliorer les conditions de vie de leurs familles	25
1.1.3.4.2.2. Améliorer leurs propres conditions de vie	25
1.1.3.4.2.3. Des problèmes politiques	25
1.1.3.4.3. Impact émotionnel de l'émigration	26
1.1.3.5. Liées à des démarches de régularisation	26
1.1.3.5.1. Difficultés pour faire les démarches	26
1.1.3.5.1.1. Difficultés matérielles.	26
1.1.3.5.1.2. Difficultés liées à la compréhension	26
1.1.3.5.1.3. Difficultés liées à la disponibilité des patients	27
1.1.3.5.1.4. Difficultés liées à une solitude des patients face aux démarches	27
1.1.3.5.1.5. Un mauvais vécu des patients	27
1.1.3.5.1.6. Conséquences pour les patients de ces difficultés	27
1.1.3.5.1.7. Réactions des patients face aux difficultés	28
1.1.3.5.2. Echec des démarches	28

1.1.3.5.2.1.	Des conséquences psychologiques pour les patients et leurs familles	28
1.1.3.5.2.2.	Attitudes des patients face à l'échec des démarches	28
1.1.3.6.	Liées à un problème de santé	28
1.1.3.7.	Liée à leur entourage : plus important que leur santé	28
1.1.3.7.1.	Importance de la stabilité familiale	28
1.1.3.7.2.	Des relations particulières	28
1.1.3.7.2.1.	Ne pas parler de leurs vies privées	28
1.1.3.7.2.2.	Se sentir redevable	29
1.1.4.	<i>L'oubli : une cause médicale</i>	29
1.1.5.	<i>Causes de l'oubli : des contraintes familiales</i>	29
1.1.6.	<i>Cause de l'oubli : une absence de réveil</i>	29
2.	Absences aux rendez-vous : des difficultés d'accès aux soins	29
2.1.	<u>Liées aux professionnels de santé</u>	29
2.1.1.	<i>Des professionnels pas toujours disponibles</i>	29
2.1.2.	<i>Des consultations uniquement sur rendez-vous</i>	29
2.1.2.1.	Des difficultés pour joindre le secrétariat	29
2.1.2.2.	Refus des retards et des consultations multiples par les médecins	30
2.2.	<u>Liées aux patients</u>	30
2.2.1.	<i>Incapacité à prendre rendez-vous</i>	30
2.2.2.	<i>Incapacité à se déplacer</i>	30
2.2.2.1.	Liée à l'utilisation d'un moyen de locomotion	30
2.2.2.2.	Liée à une incapacité physique	30
2.2.2.3.	Liée à des difficultés météorologiques	30
2.2.3.	<i>Absence de protection sociale</i>	30
2.2.3.1.	Causes	30
2.2.3.2.	Conséquences	30
2.2.4.	Barrière de la langue	31
2.2.5.	Isolement social	31
2.3.	<u>Conséquences, solutions et ressenti des patients face aux difficultés d'accès aux soins</u>	31
2.3.1.	<i>Conséquences</i>	31
2.3.2.	<i>Solutions</i>	31
2.3.2.1.	Se déplacer pour prendre rendez-vous	31
2.3.2.2.	Privilégier des lieux de consultation proches de leurs domiciles	31
2.3.2.3.	Chercher une solution alternative de prise en charge	31
2.3.2.3.1.	Consulter un autre médecin	31
2.3.2.3.2.	Utilisation du système des sans rendez-vous	32
2.3.2.3.2.1.	Condition d'utilisation	32
2.3.2.3.2.2.	Limites du système	32
2.3.2.3.3.	S'automédiquer	32
2.3.2.4.	Limiter la barrière de la langue	32
2.3.3.	<i>Ressenti : des patients compréhensifs sur les difficultés de leur médecin</i>	32

2.4. Difficultés d'accès aux soins : conséquences et comportements des médecins	33
2.4.1. Conséquences	33
2.4.2. Comportements	33
2.4.2.1. Des médecins compréhensifs	33
2.4.2.1.1. Tolérant les oublis et les retards aux rendez-vous	33
2.4.2.1.2. Comprenant l'urgence ressentie par les patients	33
2.4.2.1.3. Aménageant leur temps de travail	33
2.4.2.2. Limiter la barrière de la langue	33
3. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés à la relation médecin-patient	33
4. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés au vécu de la consultation par les patients	34
4.1. Des médecins en général bienveillants	34
4.2. Mais des consultations parfois mal vécues	34
5. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés à l'opinion des patients envers leur médecin	34
5.1. Rôle du médecin pour les patients	34
5.1.1. Quelqu'un de premier recours	34
5.1.2. Quelqu'un de qualifié	34
5.1.3. Quelqu'un de compétent et d'efficace	34
5.1.3.1. Sur le plan médical	34
5.1.3.2. Sur le plan non médical	34
5.1.4. Quelqu'un qui soutient et qui rassure	34
5.1.5. Quelqu'un qui apaise	34
5.1.6. Quelqu'un qui encadre	35
5.2. Sentiments des patients pour leur médecin	35
5.2.1. Des médecins admirés et primordiaux	35
5.2.2. Des médecins tout puissants, qui peuvent faire peur	35
5.2.3. Des médecins généreux, compréhensifs et disponibles	35
6. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés à la vision des patients de leur santé	35
6.1. Une santé primordiale	35
6.2. Représentation des problèmes de santé par les patients	35
6.2.1. Des problèmes de santé importants	35
6.2.2. Causes des problèmes de santé	35
6.2.3. Conséquences des problèmes de santé	36
6.2.3.1. Emotionnelles	36
6.2.3.1.1. Qui isolent	36
6.2.3.1.2. Qui perturbent la relation avec l'entourage	36
6.2.3.2. Une perte d'autonomie	36
6.3. Gestion de la santé des patients : importance de l'entourage	36

7. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés au mode de choix des médecins généralistes .	37
8. Les rendez-vous manqués : conséquences et attitudes des patients .	37
8.1. <u>Conséquences</u> .	37
8.1.1. <i>Un sentiment de culpabilité</i> .	37
8.1.2. <i>Un avertissement de la part des médecins</i> .	37
8.1.3. <i>La prise d'un nouveau rendez-vous</i> .	37
8.2. <u>Attitudes</u> .	37
8.2.1. <i>Des patients qui s'excusent de leur absence...</i> .	37
8.2.2. <i>...d'autres non.</i> .	38
8.2.3. <i>Utilisation de techniques pour éviter les absences aux rendez-vous</i> .	38
V. DISCUSSION. .	39
VI. CONCLUSION .	44
BIBLIOGRAPHIE .	45
LISTE DES ANNEXES	
ANNEXE 1. Trame d'entretien initiale .	49
ANNEXE 2. Grille de caractérisation sociodémographique .	50
ANNEXE 3. Trame d'entretien modifiée .	51
ANNEXE 4. Schéma explicatif .	52

II. INTRODUCTION

En 2008, 28 millions de consultations n'ont pas été honorées en Médecine Générale(1).

Selon une étude récente de l'URPS de Franche Comté de 2013(2), Les patients absents bénéficiaient en majorité de dispense d'avance de frais : 78,2% des patients avaient la Couverture Médicale Universelle (CMU), 19,2% le tiers payant (accord caisse), 12,8% l'accident de travail ou la maladie professionnelle (AT/MP), 2,6% l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Les motifs donnés par ces patients étaient principalement l'oubli (58,7%), l'absence d'excuse (46,8%), l'impossibilité de se déplacer (41,3%), une erreur de date (33%), les délais de rendez-vous (9,2%).

En France, il existe plusieurs types de couvertures sociales qui permettent d'être dispensé d'avance de frais :

La CMU complémentaire (CMUc) est obtenue à partir de conditions de résidence (résider en France depuis au moins 3 mois) et de ressources (8644 euros par an pour une personne, 720 euros par mois). Elle dispense du ticket modérateur et l'application du tiers payant peut être faite à chaque consultation(3).

En juillet 2013, il y avait 4,59 millions de personnes affiliées au régime général et bénéficiant de la CMUc(4) : 70% d'entre eux avaient moins de 40 ans, 28% étaient des couples avec enfants et 25% étaient des familles monoparentales. Parmi les bénéficiaires d'âge actif, 90% étaient sans emploi(5).

La CMU dite « de base » est obtenue à partir des mêmes conditions de résidence que la CMUc mais avec des conditions de ressources différentes : un plafond inférieur à 9 601 € par an soit 800 euros mensuels. Elle donne droit au taux de remboursement habituel de la sécurité sociale (70% pour une consultation en secteur I). Il reste à la charge du patient le ticket modérateur et il ne bénéficie pas du tiers payant de façon systématique(6).

En juillet 2013, 1,65 millions de patients bénéficiaient à la fois de la CMUc et de la CMU dite « de base »(4).

L'AME est obtenue à partir de conditions de ressources identiques que la CMU mais avec des conditions de résidence différentes. Il s'agit de personnes en situation irrégulière (absence de titre de séjour). Ces patients doivent avoir une résidence stable en France : une résidence habituelle (qui doit avoir un caractère permanent) ou un lieu de séjour principal (c'est-à-dire y séjourner pendant plus de 6 mois par an). Ils doivent également résider en France depuis au moins 3 mois de manière ininterrompue(7).

Les patients ayant l'AME représentaient 278 262 personnes en 2013(4).

Le tiers payant s'applique de droit au CMUc, AME, AT/MP, Aide Complémentaire Santé (ACS) (8), aux actes de prévention (dépistages), aux patients hospitalisés dans une structure conventionnée avec l'assurance maladie, aux mineurs de moins de 15 ans (notamment pour les consultations

contraception). Il peut être effectué à la demande pour tout acte si le patient est confronté à des difficultés financières(9).

En France, fin 2012, la proportion d'actes en tiers payant était de 13,6%(4).

Les différentes protections sociales ne tiennent compte que de la précarité financière. Or, la précarité se définit comme « l'absence d'une ou de plusieurs sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives »(10).

Il existe différents niveaux de précarité : liée aux ressources financières, aux conditions de vie, à l'instabilité relationnelle et affective (instabilité des relations, entre individus, au sein de la société). Ils correspondent à un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation à la fois économique, sociale et familiale(10).

En France, ils toucheraient entre 20 à 25% de la population(10).

Le vécu et le ressenti des patients bénéficiant de la CMU ont été explorés lors d'une thèse de Médecine générale en 2004(11). La CMU est vécue par ses bénéficiaires comme une avancée sur le plan des droits d'accès aux soins. Elle permet le choix de l'interlocuteur auquel ils accordent leur confiance, elle simplifie pour eux la relation médecin-patient en éliminant la question de l'argent, mais elle est également vécue comme un marquage social. Elle est considérée comme un état transitoire, lié à la capacité de réinsertion professionnelle.

Selon l'étude de l'URPS de Franche comté de 2013(2), les conséquences des rendez-vous manqués pour les médecins généralistes étaient multiples : remise en question de la relation médecin patient par les médecins (manque de respect), conséquences financières (742 millions d'euros (1)), conséquences sur la gestion du temps de travail (six rendez-vous manqués en une semaine soient deux heures par semaine).

Les solutions proposées par les médecins généralistes étaient la création de sanctions financières pour 44,1% d'entre eux (facturation du rendez-vous non honoré à la prochaine consultation, déduction par la sécurité sociale, de la consultation non honorée des remboursements, consultation suivante non remboursée par la sécurité sociale mais payée au médecin). 23,5% des médecins interrogés proposaient une exclusion de la patientèle.

Ces solutions, notamment les sanctions financières, paraissent inadaptées.

Plusieurs travaux montrent l'importance de repérer les difficultés sociales d'un patient pour prévenir et réduire au mieux les inégalités sociales dans l'accès aux soins.

Selon le collège de Médecine Général en mars 2014(12), repérer les difficultés dans le parcours de santé liées à la situation sociale du patient permet de faciliter l'accès aux soins primaires, d'évaluer les facteurs de risques des maladies, d'adapter les conseils de prévention, d'améliorer l'évolution du patient au sein du système de santé.

Pour repérer ces difficultés, sept informations sont à intégrer dans le dossier médical : sexe, date de naissance, adresse, statut par rapport à l'emploi, profession éventuelle, type de couverture sociale et capacité de compréhension du langage écrit.

Ces informations contribuent à développer l'autonomie du patient par rapport à sa santé : lui demander ce dont il a besoin, ce dont il se sent capable, ce qui lui semble compliqué, ce qui pourrait l'aider.

L'étude de l'URPS(2), présente de nombreux biais méthodologiques. Elle contribue à la stigmatisation des populations les plus précaires. Elle n'explore pas leurs conditions de vie et leurs difficultés. Ces patients vivent au jour le jour et ont du mal à se projeter dans l'avenir, la place de leur santé par rapport à leurs problèmes quotidiens est difficile à préciser(13).

Quelles sont toutes les raisons données par les patients bénéficiant de la CMU, CMUc, AME, tiers payants (accord caisse) lorsqu'ils n'honorent pas leur rendez-vous sans les annuler en médecine générale, dans le département du Loiret (45) et du Loir et cher (41) ?

III. MATERIEL ET METHODE

Etude qualitative inspirée de la « grounded theory », par entretiens semi structurés, réalisée auprès des patients ayant comme couverture sociale la CMU, l'AME, le 1/3 payant social, qui ne sont pas venus à leur rendez-vous en médecine générale et recrutés par des médecins généralistes du département du Loiret (45) et du Loir et Cher (41). Une trame d'entretien a été réalisée. Elle a été testée auprès de personnes n'appartenant pas au milieu médical pour s'assurer de sa compréhension. Elle a été modifiée au fur et à mesure des entretiens pour améliorer la collecte des données (Annexe 1). Les entretiens ont été réalisés jusqu'à suffisance théorique des données.

L'échantillonnage a été raisonné. Onze cabinets médicaux ont été sélectionnés.

Les médecins généralistes participants à l'étude ont été recrutés dans les connaissances (ancien maître de stage, ancien médecin traitant, médecins remplacés), puis dans celles de la directrice de thèse, puis au hasard (recrutement via les pages jaunes en fonction du lieu d'exercice des médecins pour varier les modes d'exercices : rural, semi rural, urbain). Le contact des médecins généralistes recruteurs a été fait soit par téléphone (contact du secrétariat d'abord, explication du projet de thèse puis contact avec le médecin) soit par e-mail (sur une adresse professionnelle, obtenue par le secrétariat). Leurs accords ont été obtenus pour participer à la thèse.

Le mail adressé aux médecins recruteurs (joint ou non avant par téléphone) contenait : l'explication du projet de thèse, les conditions de réalisation, la population recrutée, le rôle des médecins recruteurs (sélectionner les patients non venus, majeurs, s'assurer qu'ils ont bien comme couverture sociale l'AME, la CMU ou le tiers payant social).

En pièce jointe étaient fournies une trame d'entretien avec les questions posées aux patients et la feuille de caractérisation socio démographique que les patients avaient à remplir pendant l'entretien.

En cas de non réponse des médecins, il y avait une relance soit par téléphone, soit par e-mail.

Une fois la participation à la thèse acceptée, les coordonnées des patients non venus étaient transmises par messagerie professionnelle des médecins. Les coordonnées ont été envoyées soit sous forme de feuilles écrites à la main puis scannées, soit sous forme de tableau Excel.

Le délai entre le rendez-vous non honoré et le contact téléphonique n'était pas fixé.

La chercheuse contactait alors le patient par téléphone : elle présentait son projet de thèse et les conditions de réalisation des entretiens : rencontre soit à leur domicile, soit au cabinet médical de leur médecin habituel et les caractéristiques de l'entretien (nombre de questions, durée moyenne, enregistrement par dictaphone et anonymisation).

Les rendez-vous étaient fixés par téléphone avec la date et l'heure en fonction des disponibilités du patient et de la chercheuse. Le patient donnait lui-même son adresse.

Un rappel par texto la veille de l'entretien était proposé.

Les entretiens débutaient par le remplissage par le patient d'une feuille de caractérisation socio démographique (12) comprenant: l'âge, le sexe, le statut par rapport à l'emploi et la profession éventuelle , la situation conjugale (mariée (e), célibataire, en concubinage, pacsé (e)), le nombre d'enfants, le type de couverture sociale (CMU, AME, tiers payant social, l'avis concernant la situation financière du foyer : il n'y a pas de problème, il faut juste faire attention, vous avez du mal à y arriver, c'est très difficile) (Annexe2).

Si le patient avait des difficultés à remplir seul la feuille (problème lié à la compréhension, la lecture ou l'écriture), il était proposé de la remplir pour lui. La chercheuse annotait la feuille de recueil concernant la nécessité ou non d'une aide. Cela permettait d'estimer la compréhension de la langue française.

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone, puis sauvegardés.

La retranscription des entretiens a été faite via le logiciel Word mot à mot et chaque entretien était associé aux caractéristiques sociodémographiques du patient.

La chercheuse écrivait une note explicitant les conditions de l'entretien et son ressenti du déroulement de l'entretien.

Les entretiens ont été anonymisés.

Une analyse thématique a été conduite via un tableau Excel en réalisant des codes ouverts puis un codage axial. Un schéma a été produit pour expliciter les résultats de la recherche. Le codage a été discuté avec la directrice de thèse.

IV. RESULTATS

14 entretiens ont été réalisés du 12/08/2015 au 14/09/2016.

11 cabinets médicaux ont été recrutés soient 9 cabinets médicaux dans le département du Loiret (45) : six en urbain (conduisant à 12 entretiens), deux en semi rural (aucun entretien), un en rural (un entretien). Un cabinet médical en urbain dans le département du loir et cher (41) a permis la réalisation d'un entretien. Un médecin du département du 45 a renoncé à participer devant les refus des patients qu'il contactait au préalable.

Quatre médecins étaient d'anciens maîtres de stage de la chercheuse, deux anciens médecins traitants, douze étaient des médecins remplacés. Sept médecins étaient connus de la directrice de thèse et un médecin a été recruté via les pages jaunes.

Cinq médecins généralistes recruteurs ont été contactés par téléphone puis par e-mail et six par e-mail uniquement. Ils ont tous donné leur accord pour participer à l'étude.

Tous les cabinets médicaux ont été relancés deux fois à un mois d'intervalle : un par téléphone puis par e-mail, 10 par e-mail uniquement.

Cinq médecins ont préféré appeler les patients pour les prévenir et recueillir un consentement pour éviter un effet de surprise.

Le délai entre le rendez-vous non honoré et le contact téléphonique était de 15 jours à 1 mois.

Au total, 112 coordonnées de patients ont été envoyées (110 d'un cabinet médical urbain du département du 45, un d'un cabinet médical rural du département du 45, un d'un cabinet médical urbain du département du 41).

Sur ces 112 patients, 8 n'ont pas pu être appelés par absence de coordonnées téléphoniques disponibles. Sur les 104 appelés, 11 avaient des numéros téléphoniques non attribués, 14 ont refusés, 59 n'ont pas répondu malgré deux rappels systématiques dans la même journée espacés de 2 à 6 heures et message répondeur laissé.

Parmi les 20 ayant répondu positivement, trois ont annulé, trois n'ont pas honoré le rendez-vous sans prévenir et 14 entretiens effectifs ont été réalisés.

Le rappel par texto la veille de l'entretien a été proposé et accepté par les patients pour les 14 entretiens. Tous les patients ont préféré une rencontre à leurs domiciles.

6 hommes et 8 femmes ont participé à l'étude, leur âge moyen était de 41 ans (de 22 à 67 ans). Les caractéristiques des patients sont résumées dans le tableau ci-dessous :

N° entretien	sexe	âge	statut par rapport à l'emploi	situation conjugale	nombre d'enfant	type de couverture sociale	situation financière du foyer
1	F	22	coiffeuse à son compte	pacsée	1	CMU	il faut juste faire attention
2	F	50	aide ménagère	mariée	2	1/3 payant	vous avez du mal à y arriver
3	H	35	sans emploi	veuf	2	AME	vous avez du mal à y arriver
4	F	67	sans emploi	veuve	2	AME	vous avez du mal à y arriver
5	F	42	femme de ménage	veuve	1	CMU	c'est très difficile
6	F	28	en intérim	célibataire	1	CMU	il n'y a pas de problèmes
7	F	45	sans emploi	divorcée	1	CMU	il n'y a pas de problèmes
8	H	31	Fonctionnaire	marié	3	1/3 payant	il faut juste faire attention
9	F	57	sans emploi	mariée	3	CMU	vous avez du mal à y arriver
10	H	38	chauffeur poids lourds	marié	1	CMU	vous avez du mal à y arriver
11	H	46	sans emploi	marié	6	CMU	c'est très difficile
12	H	33	Cariste	marié	2	1/3 payant	il faut juste faire attention
13	H	49	agent d'entretien	marié	1	CMU	c'est très difficile
14	F	32	sans emploi	mariée	0	AME	vous avez du mal à y arriver

12 patients ont rempli seuls la feuille de caractérisation socio démographique, deux ont été remplies par la chercheuse par difficulté à l'écriture du français et non à la lecture ni à la compréhension. La catégorie « situation financière du foyer » a dû être explicitée pour les 14 entretiens.

La première grille d'entretien comportait sept questions. Elle a été modifiée après le troisième entretien : fusion de la question 7 avec la question 2 (la réponse de la question 7 était systématiquement donnée à la question 2), et ajout d'une autre question : « quel est le rôle de votre médecin traitant pour vous ? Quelle importance a-t-il dans votre vie de tous les jours ? » (Annexe 3). Cette question a été ajoutée parce que l'idée avait été évoquée à plusieurs reprises dans les entretiens précédents.

L'entretien le plus long a été de 1h49 minutes, le plus court de 13min47s. La durée moyenne des entretiens était de 46 minutes.

1314 codes ont été créés, regroupés en 140 sous catégories, elles-mêmes regroupées en 8 grandes catégories.

La suffisance théorique des données a été obtenue à l'entretien 13, un entretien complémentaire a permis de la vérifier.

Il a été réalisé une analyse thématique des données puis la construction d'un schéma explicatif (Annexe 4)

1. Absences aux rendez-vous : raisons spontanément évoquées par les patients

1.1. L'oubli et les causes de l'oubli

L'oubli était la raison la plus fréquente de l'absence aux rendez-vous. Il était considéré comme exceptionnel « *c'est la 1^{ère} fois* » (P13) mais pouvait être réitéré « *ça m'est déjà arrivé d'oublier un rendez-vous, c'est pas la première fois* » (P1).

1.1.1. Des délais de rendez-vous longs

Les délais de rendez-vous donnés par les médecins étaient trop longs « *je n'étais pas allé au rendez-vous parce que c'était très long* » (P12).

Le problème de santé s'était résolu spontanément, le patient ne venant pas parce qu'il se sentait guéri « *en fait on n'oublie pas le rendez-vous mais comme on se sent mieux et bah...on y pense pas* » (P12).

Le patient pouvait également consulter un autre confrère « *j'avais déjà été consulté par un médecin généraliste et qui m'avait pris en charge* » (P3).

1.1.2. Une erreur de date ou d'horaire des rendez-vous

Le patient pouvait se tromper dans la date « *j'aurais pris pour le 12, mais dans ma tête j'étais sûre que c'était le 14* » (P6) ou dans les horaires « *la secrétaire m'appelle et me dit à 8h45 et moi j'ai pensé 9h45* » (P14) du rendez-vous.

1.1.3. La priorisation des préoccupations des patients

Pour d'autres, l'oubli des rendez-vous était dû au fait qu'ils étaient préoccupés par autre chose « *il y a quelque chose qui me pousse à réfléchir à autre chose, c'est comme ça que j'oublie les rendez-vous* » (P1). Leur rendez-vous chez leur médecin n'étaient alors plus prioritaires « *je vais oublier le rendez-vous en sachant que j'avais un autre truc plus important à faire* » (P1), « *tous les rendez-vous ils sont importants en fonction de quel côté* » (P6).

Ces préoccupations pouvaient être liées à leurs agendas complexes « *j'avais été tellement bousculée, je ne sais plus de quoi, j'avais plusieurs rendez-vous un peu partout* » (P2).

1.1.3.1. Liées au travail

1.1.3.1.1. Absence de travail

Certains patients ne travaillaient pas « *Comme on ne travaille pas* » (P1).

Un problème de santé pouvait altérer leur capacité à travailler ou à chercher du travail « *maintenant j'ai arrêté parce que j'ai pas la pêche pour travailler* » (P9).

1.1.3.1.2. Des conditions de travail difficiles

Les conditions de travail pouvaient être difficiles : sur le plan familial (éloignement familial), sur le plan physique (déplacements importants, fatigue « *je travaille et je n'ai pas le temps, j'arrive très fatigué* » (P13), horaires variables « *on travaille en petite et grande semaine, peut être que ça va changer* » (P8), plusieurs emplois cumulés).

Le travail pouvait être difficile sur le plan moral : pression morale, menaces de licenciement « *au bout de 3 avertissements et ben c'est la porte* » (P2), confrontation à la mort « *on l'a eu à l'association, on y allait tous les jours, et puis les collègues l'ont trouvé mort. C'était une personne que je connaissais depuis une quinzaine d'années* » (P2).

1.1.3.1.3. Importance du travail pour les patients

Le travail leur permettait d'avoir une stabilité financière « *je sais que je ne suis pas riche mais j'ai une vie assez stable* » (P4) et des droits sociaux « *comme on ne travaille pas, on n'a pas de droit* » (P11).

Leur travail était tellement important qu'ils ne voulaient pas parler de leurs problèmes de santé à leur médecin par crainte de l'arrêt maladie « *et puis maintenant que ça me le fait, ben j'ai peur qu'il m'arrête* » (P2).

Certains étaient contents de travailler « *j'aime bien mon boulot en plus* » (P2).

1.1.3.2. Liées à des difficultés financières

Les difficultés financières de ces patients entraînaient des difficultés à payer leurs factures « *j'ai eu un retard de loyer, un retard pour EDF et le gaz* » (P5), leurs loyers « *j'ai eu des dettes pour les pompes funèbres, j'ai eu un retard de loyer* » (P5) et des difficultés à s'alimenter « *comme là on a rien, c'est compliqué des fois on a, des fois on n'a pas* » (P11).

1.1.3.2.1. Actions des patients face aux difficultés financières

Les patients proposaient leurs services en échange d'une alimentation « *si elle a quelque chose à manger, elle me le donne* » (P3), ou d'une rémunération « *des fois je vais m'occuper d'elle, je vais la faire marcher un peu, si elle a 5 ou 10 euros, elle me les donne* » (P3).

Certains essayaient de se débrouiller par eux-mêmes « *l'aide c'est toi-même qui te l'apportes, tu t'aides toi-même* » (P13) en se restreignant « *c'était dur, on a mangé que des patates, mais la santé de ma mère est prioritaire alors c'est pas grave, je vais payer...toutes mes économies y sont passées, mais c'est pas grave* » (P4).

Certains s'endettaient « *j'ai eu des dettes* » (P5).

Les patients pouvaient demander de l'aide : des aides publiques « *là on est au RSA pour l'instant* » (P9), des aides professionnelles (assistante sociale), des aides de l'entourage « *même je ne manque de rien, mes enfants me donnent de l'argent* » (P9), « *y a des collègues qui travaillent avec moi, on a des bonnes relations, ils pourraient me donner si je demandais, pas de soucis* » (P10).

Certaines fois, l'entourage pouvait refuser « *« je suis arrivé ici, j'ai appelé mon oncle qui est à Paris, il ne m'a jamais pris au téléphone, quand il entend ma voix, il raccroche* » (P3).

1.1.3.2.2. Vécu des patients des difficultés financières

Le vécu de ces difficultés pouvait générer de l'anxiété « *y a des choses, on pense des choses qui nous fait des soucis* » (P5).

Les patients pouvaient être fiers de ne pas demander de l'aide « *non franchement non on ne demande à personne* » (P10) et ils s'estimaient heureux dans leur vie « *là je suis bien, juste j'ai pas beaucoup de droits...mais je suis bien, j'ai pas de problème, je suis tranquille dans ma maison* » (P14).

1.1.3.3. Liées au logement

1.1.3.3.1. Difficulté pour se loger

Les patients pouvaient être préoccupés par leur absence de logement « *il était à Paris mais il n'avait pas d'adresse en fait* » (P11), des difficultés à se loger « *il fallait chercher où habiter et tout ça...c'est dur, on ne donne pas* » (P11), une obligation de déménager « *elle avait son poste dans le nord, on a déménagé par ici* » (P8) ou un logement inadapté « *j'ai dû tout vendre parce que voilà l'appartement comme vous le voyiez il est petit* » (P1).

1.1.3.3.2. Un environnement de vie inquiétant

Certains avaient un environnement de vie menaçant « *c'est pas la question que j'ai peur de lui, mais je n'aime pas les problèmes* » (P9), ils pouvaient ne pas se sentir chez eux « *c'est le monsieur qui m'a donné son adresse, il est au pays, je suis obligé de garder sa maison, il n'y a rien ici, vous pouvez voir là, c'est pas à moi* » (P3).

1.1.3.3.3. Réponses des patients face aux difficultés liées au logement

Face à ces difficultés, certains demandaient de l'aide, ils se faisaient prêter un logement « *le monsieur me prête l'adresse* » (P3) ou se faisaient héberger gratuitement par des associations « *je suis logée, je suis hébergée par des associations* » (P11).

1.1.3.4. Liées à leur émigration

1.1.3.4.1. Les conditions d'émigration

Les conditions d'émigration étaient dures « *ils nous ont mis dans un bateau...on était 835 dans le bateau* » (P3) et souvent illégales « *en République Dominicaine j'ai dû faire des faux papiers pour venir en France* » (P4).

Ils ont été exploités durant leur émigration « *on va vous donner un boulot et puis il nous ont arnaqué de l'argent* » (P3), menacés « *je peux vous tuer, on ne va rien me faire* » (P3), effrayés « *des fois ils disent : si on s'amuse ils vont nous sodomiser...des trucs pareils c'est effroyable* » (P4), et séquestrés « *on vous enferme* » (P4), sans respect pour leur condition humaine « *je peux vous tuer, on ne va rien me faire, vous êtes des Africains* » (P4).

Ils ont risqué leurs vies pour immigrer « *comme y a la guerre on est obligés de courir...c'était la cata là-bas* » (P3).

1.1.3.4.2. Les raisons de l'émigration

1.1.3.4.2.1. Améliorer les conditions de vie de leurs familles

Les patients voulaient améliorer les conditions de vie de leurs familles « *quand on immigrer, c'est pour pouvoir s'occuper de sa famille...j'ai 2 gosses et j'ai une mère qui compte sur moi* » (P3), « *c'était pour pouvoir faire vivre ma famille...pour pouvoir être bien...casé...avoir quelque chose de positif* » (P3) pour qu'elles puissent accéder aux soins « *sincèrement en Haïti, le médecin, c'est mort. C'est pas qu'il n'y en a pas, il y en a, mais c'est trop cher, même pour moi, je n'en peux plus, je ne peux pas payer les frais de médecin en Haïti* » (P4).

Ils les aidaient en envoyant de l'argent « *oui c'est pas facile, j'envoyais en plus de l'argent à mon père et ma mère* » (P10).

Certains faisaient venir leurs enfants en France pour améliorer leurs accès à la scolarisation pour leur donner un avenir plus stable « *c'est pour ça aussi, je me suis dit que j'allais le faire venir, parce que son éducation sera mieux, parce que je n'avais pas le choix* » (P4).

1.1.3.4.2.2. Améliorer leurs propres conditions de vie

L'absence de travail ou un licenciement « *parce qu'il n'y a pas de travail...avec la crise, je travaillais dans une entreprise et elle a fermé* » (P10) entraînait des problèmes financiers « *au pays, il a perdu beaucoup d'argent* » (P11).

Certains patients ont perdu leurs logements à cause d'une catastrophe naturelle « *avec le tremblement de terre qui s'est passé en Haïti en 2010, on a perdu notre maison* » (P4).

1.1.3.4.2.3. Des problèmes politiques

il pouvait s'agir de réfugiés politiques « *je suis réfugiée politique, je suis tchéchène peut-être que ça vous parle plus* » (P6) qui avaient fui leurs pays « *on avait des problèmes avec la politique et tout ça* » (P11), parce que leurs vies étaient menacées ou qu'ils avaient perdu un proche du fait de représailles « *j'ai dû prendre la fuite pour aller d'Haïti jusqu'en République Dominicaine* » (P4), « *ils ont tué mon père directement dans sa voiture* » (P4).

1.1.3.4.3. Impact émotionnel de l'émigration

Les expériences vécues au cours de l'émigration ont créé des traumatismes « *j'avais des amis qui sont morts, des amis avec qui on a partagé des trucs à Tunis qui sont morts...des gens proches, pas des connaissances, des gens avec qui vous dormez sur un même lit...c'est pas facile* » (P3).

Certains éprouvaient un sentiment de regret, de tristesse et de culpabilité « *j'ai laissé le plus petit avec ma mère, vous imaginez ?* » (P4), « *et quand je vois ma mère là-bas qui ne vit pas bien, sincèrement ça m'a fendu le cœur* » (P4), « *mais moi de mon côté en tant qu'enfant...je me voyais mal* »

Ils supportaient difficilement d'être éloignés de leurs proches « *parce que quand je suis parti, sa mère était enceinte...il a vécu 6 ans sans moi* » (P4).

Toutes ces expériences ont entraîné une satisfaction d'être toujours vivant « *Dieu merci aussi parce que je suis arrivé vivant* » (P3).

Cette satisfaction entraînait le besoin d'être reconnu et de témoigner « *pour moi c'est un témoignage de ce qui m'est arrivé* » (P3).

Les patients restaient fiers et attachés à leurs pays d'origine « *je suis fier de ce que je suis* » (P3), « *c'est quand même un très beau pays, c'est un pays où la culture, la nourriture, je ne donnerais pour rien au monde...des fois ça me manque, j'ai la nostalgie des fois, des fois je dors, je me vois sur la plage, à déguster une bonne coco* » (P4).

1.1.3.5. liées à des démarches de régularisation

Les patients souhaitaient une régularisation pour rester en France dans la légalité, avoir des droits « *si on a des papiers, ça sera mieux, on sera bien* » (P11) et s'intégrer dans la société.

1.1.3.5.1. Difficultés pour faire les démarches

1.1.3.5.1.1. Difficultés matérielles

Pour effectuer les démarches administratives, il fallait avoir accès au matériel nécessaire « *on n'a pas d'imprimante...on doit aller jusqu'au centre-ville pour aller dans des endroits où il y a des imprimantes* » (P5), « *parce que même si on a internet à la maison, on peut pas imprimer, du coup on paye en plus* » (P5).

1.1.3.5.1.2. Difficultés liées à la compréhension

Les problèmes pouvaient aussi être liés à un manque de compréhension des démarches « *c'est ce qu'on cherche mais on ne sait pas quoi faire* » (P11), « *moi des fois je comprends un peu, j'ai pas dit que je comprends tout mais je comprends un peu* » (P11).

Les patients avaient des difficultés à comprendre comment fonctionnaient les démarches et les outils à utiliser « *oui mais je ne comprends pas, c'est pour ça que je ne fais pas par internet* » (P10), « *ils donnent le site, il faut regarder les papiers qu'il faut* » (P14).

La compréhension était limitée par la barrière de la langue « *tu sais pas comment faut faire...faut écrire des lettres, je sais pas quoi, j'essaye de comprendre* » (P11).

Certains problèmes de santé pouvaient interférer avec la capacité à faire ces démarches « *avant quand j'étais malade, j'ai tout laissé, j'ai rien réglé...ils ont tout coupé...l'APL...tout, tout, tout...oui parce que je n'ai pas rempli les papiers* » (P9).

1.1.3.5.1.3. Difficultés liées à la disponibilité des patients

Ils devaient prendre rendez-vous, se déplacer « *Avant quand on se déplaçait à la CAF, on arrivait et on faisait les papiers tout de suite, maintenant... il faut prendre les rendez-vous* » (P5), « *on est obligé d'y aller* » (P5).

1.1.3.5.1.4. Difficultés liées à une solitude des patients face aux démarches

Les patients étaient souvent seuls pour réaliser les démarches « *oui c'est moi tout seul, personne, il n'y a eu personne* » (P4).

1.1.3.5.1.5. Un mauvais vécu des patients

Les délais de rendez-vous administratifs souvent longs étaient mal vécus « *quelque fois y a pas de place, des fois on cherche pendant un mois et on n'a pas trouvé de place* » (P5) comme l'indisponibilité des organismes « *si je prends la sécurité sociale du quartier, elle part en vacances, ils mettent pas de remplaçant* » (P12).

Le temps d'attente lors des rendez-vous, long, entraînait une perte de temps « *on peut pas avoir un conseiller très vite, on doit attendre...et juste pour l'accueil des fois on attend* » (P5).

Ils avaient l'impression de ne pas être écoutés « *il ne donne pas beaucoup de temps pour les gens, si on demande c'est vite fait* » (P5) et aidés « *à chaque fois, je fais des allers-retours, ils me disent non c'est pas nous c'est le siège* » (P5).

Ils pensaient qu'ils n'étaient pas bien renseignés « *de fois on n'a pas la bonne réponse, des fois on va demander, bah va falloir attendre* » (P5) et que le travail était mal fait « *je l'ai envoyé par courrier, ils m'ont dit qu'il manquait des papiers, mais c'était pas marqué dans le formulaire* » (P5).

Ils avaient perdu confiance dans les institutions « *je ne dis pas non, peut-être qu'il y a des gens qui existent et qui peuvent nous aider. Mais le souci c'est que quand j'ai été voir une assistante sociale, ça c'est très mal passé...je pense maintenant que c'est à moi-même de m'aider et qu'il n'y a personne qui va m'aider* » (P4).

Ils se sentaient incapables « *parce que moi je ne peux pas faire les choses toute seule, il faut quelqu'un qui me montre* » (P5), stressés et épuisés « *je sais pas quand je me réveille le matin, je cours toute la journée pour rien du tout, des fois je trouve que je n'ai rien fait de la journée* » (P5) face à ces démarches.

1.1.3.5.1.6. Conséquences pour les patients de ces difficultés

Ces difficultés limitaient la capacité des patients à anticiper leurs démarches pour renouveler leurs papiers et mettre à jour leurs dossiers « *j'essaye de bien faire mes papiers, je mets tout à jour quand il est au chômage* » (P12).

Les dossiers étaient souvent incomplets « *j'ai montré tous les papiers à la CAF et ils m'ont dit que ce n'était pas suffisant* » (P6), entraînant un blocage des aides, ce qui aggravait leurs difficultés financières « *pour la CAF l'autre fois, pour l'APL, ça a raté, je ne sais pas pourquoi...maintenant c'est nous qui payons le loyer* » (P10), « *si vous payez pas, vous allez avoir des soucis...tout de suite ils coupent toutes les aides, toutes les allocations* » (P6).

1.1.3.5.1.7. Réactions des patients face aux difficultés

Ils pouvaient demander de l'aide à des organismes « *j'essaye de comprendre mais c'est mieux avec eux, c'est facile, ils vous accompagnent, vous voyez que ça marche et si y a un problème, ils vous disent il faut passer par là, il faut faire ça* » (P11) ou à leur entourage « *oui c'est ma fille qui m'a aidé un peu parce qu'elle elle parle mieux* » (P9).

1.1.3.5.2. Echec des démarches

1.1.3.5.2.1. des conséquences psychologiques pour les patients et leurs familles

Les patients se sentaient triste et en colère mais ils restaient combatifs « *mais elle ne partira pas moi je vais faire ce qu'il faut, mais elle ne partira pas* » (P4).

Ils étaient souvent épuisés, démunis et avaient un sentiment d'injustice « *je suis allé voir une assistante sociale, je lui ai dit « écoutez, ma mère est en Haïti, j'aimerais bien la faire venir », elle m'a dit « vous êtes Français monsieur ? », je lui ai dit « oui je suis Français », elle m'a dit « ah ben on ne peut rien faire pour vous, on a que des trucs pour les étrangers », je lui ai répondu « ah maintenant en France, le fait d'être Français c'est une punition si je comprends bien? »* (P4).

Ils se sentaient coupables et responsables du devenir de leurs familles « *sincèrement je vous dis, si elle part, ils vont m'appeler et vont me dire « voilà votre maman elle est morte* » (P4).

Ils avaient peur de l'expulsion et avaient une vision pessimiste de l'avenir « *mon avenir...je ne sais pas encore...je ne peux pas vous dire* » (P3), « *on essaye d'être heureux mais il y a encore cette épée de Damoclès qui traîne encore, est ce qu'un jour ils ne vont pas débarquer pour dire « au revoir » quoi...c'est ça qui fait peur* » (P4).

1.1.3.5.2.2. Attitudes des patients face à l'échec des démarches

Les patients cherchaient des prétextes pour rester en France « *puisque je suis français maintenant je leur ai dit voilà je veux faire visiter la France à ma mère* » (P4) quitte à mentir « *je suis désolé, j'ai menti, parce que j'ai remarqué que maintenant en France si on ne ment pas, on obtient rien* » (P4).

Ils utilisaient des solutions alternatives par moment illégales « *l'ambassade en Haïti ne donne pas de VISA long séjour...du coup je suis passé par d'autres voies* » (P4).

1.1.3.6. Liée à un problème de santé

Un problème de santé pouvait être insupportable et devenir leur préoccupation principale « *c'est vrai que j'ai oublié d'annuler mon rendez-vous, j'étais tellement prise dans la douleur que j'ai oublié d'appeler et d'annuler mon rendez-vous, parce que c'est tout le temps à risque mes grossesses* » (P1).

1.1.3.7. Liée à l'entourage : plus important que leur santé

1.1.3.7.1. Importance de la stabilité familiale

Les patients pouvaient ne pas prendre en compte leurs problèmes de santé pour s'occuper de leurs familles « *j'ai des tensions à 20, je ne fais pas attention parce que si j'ai une tension de 20, je vais partir à l'hôpital et on va me garder et lui il sera tout seul* » (P11).

1.1.3.7.2. Des relations particulières

1.1.3.7.2.1. Ne pas parler de leur vie privée

Certains patients ne parlaient pas du tout de leur vie privée à leur entourage « *je ne parle pas de ma vie privée, même à mes amis non plus* » (P6), « *j'ai pas trop confiance envers les gens, une fois dans ma vie j'ai eu des soucis avec des gens, j'ai fait confiance et après...* » (P6).

Ils préféraient parler de leur vie à des personnes ayant eu le même vécu « *déjà nos vies étaient un peu pareilles, on a eu les mêmes problèmes, les mêmes soucis avec nos enfants, avec nos ex-conjoints...j'ai confiance en elle...c'est une personne en laquelle je suis 100% sûre* » (P6).

1.1.3.7.2.2. Se sentir redevable

Certains patients se sentaient redevables envers leur entourage « *elle a tout donné tout ce qu'elle pouvait, tout ce qu'elle avait, elle a vendu ses affaires pour que je puisse venir* » (P4), « *je pense que quand on est l'ainé de la famille, c'est de notre devoir en fait, c'est comme ça, c'est la culture haïtienne* » (P4).

1.1.4. L'oubli : une cause médicale

Pour certains patients, ces oublis de rendez-vous avaient une cause médicale : il pouvait s'agir pour eux d'effets secondaires de leurs médicaments « *moi je pense ça parce qu'il y a des effets 2nd qui sont marqués dessus* » (P9), ou encore d'une modification de leur capacité à se souvenir liée à une maladie chronique ou à leur âge « *depuis que je suis jeune, j'ai la parole, mais avec l'âge aussi, avec les médicaments, ça joue sur le moral* » (P9).

1.1.5. Cause de l'oubli : des contraintes familiales

Certains ne s'étaient pas rendus à leur rendez-vous parce qu'ils ont été retenus par une contrainte familiale « *je ne sais plus ce que j'ai fait, mais plusieurs choses, peut-être qu'à ce moment-là j'allais encore chercher mon mari au boulot* » (P2), « *après je dépose mes enfants à l'école, je les récupère, je fais les devoirs* » (P12).

1.1.6. Cause de l'oubli : une absence de réveil

Certains ne sont pas venus à leur rendez-vous parce qu'ils ne se sont pas réveillés « *il était de nuit je crois...il a eu du mal à se lever* » (P12).

2. Absences aux rendez-vous : des difficultés d'accès aux soins

2.1. Liées aux professionnels de santé

2.1.1. Des professionnels pas toujours disponibles

Les difficultés d'accès aux soins des patients pouvaient être liées à une indisponibilité des médecins : soit parce qu'ils étaient absents, « *elle a peut-être des empêchements si elle fait des formations* » (P9), soit parce qu'ils étaient surchargés de travail « *elle a pas mal de clientèle donc des fois je suis obligée d'attendre* » (P6) ou encore parce qu'ils refusaient de prendre des nouveaux patients « *peut-être qu'elle a beaucoup de patients, et elle ne prend pas de nouveaux patients* » (P9). Ils pouvaient aussi refuser de faire des visites à domicile.

Cette indisponibilité des médecins étaient liées à un manque démographique « *mais des fois c'est une catastrophe...et puis je crois que ça va pas aller maintenant* » (P2).

2.1.2. Des consultations uniquement sur rendez-vous

2.1.2.1. Des difficultés pour joindre le secrétariat

Les difficultés pouvaient être liées à des problèmes pour joindre le secrétariat : le temps d'attente pouvait être long « *beaucoup de difficultés à avoir la secrétaire qui prend les appels* » (P1).

Les patients devaient parfois rappeler à plusieurs reprises « *je rappelle 3 ou 4 fois parce que j'ai du mal à la joindre, je laisse tout le temps un peu d'écart pour réussir à la joindre* » (P1).

Mais les patients oubliaient aussi même lorsque le secrétariat était facilement joignable « quand je veux prendre rendez-vous, y a pas de soucis, ça se fait facilement » (P7).

2.1.2.2. Refus des retards et des consultations multiples par les médecins

Les médecins refusaient les patients qui arrivaient en retard « *tu as passé 45 minutes de retard, il m'a dit non tu peux prendre rendez-vous pour une prochaine fois* » (P14), « *j'ai pas oublié, je suis passée mais avec du retard...il m'a dit non c'est trop tard* » (P14).

Ils refusaient les consultations multiples « *elle ne pouvait pas nous recevoir à deux, j'ai dit à ma tante qu'il valait mieux qu'elle consulte le petit comme il pleurait et qu'il avait mal* » (P3), « *elle nous a dit non je ne peux pas vous recevoir à trois* » (P3).

2.2. Liées aux patients

2.2.1. Incapacité à prendre rendez-vous

Certains patients n'avaient pas accès ou avaient un accès limité à un moyen de communication « *j'ai juste un abonnement avec 2 euros et j'ai juste 2h par mois* » (P14).

2.2.2. Incapacité à se déplacer

2.2.2.1. Liée à l'utilisation d'un moyen de locomotion

Ils se déplaçaient avec leur propre moyen de locomotion à condition qu'il soit disponible « *peut-être qu'à ce moment-là j'allais encore chercher mon mari au boulot, on avait qu'une voiture à ce moment-là* » (P2).

2.2.2.2. Liée à une incapacité physique

L'âge pouvait compliquer les déplacements « *parce qu'elle est âgée, qu'elle ne peut pas se déplacer* » (P4). Pour d'autres il était difficile de s'orienter dans l'espace « *j'ai pas pris le bus parce que je ne connaissais pas le quartier* » (P14), « *bon des fois ici il se perd, il s'est déjà perdu plusieurs fois* » (P11) et dans le temps, parce qu'ils ne savaient pas lire l'heure « *je lui dis dès que tu vois que c'est écrit telle date, telle heure, tu peux partir* » (P4).

2.2.2.3. Liée à des difficultés météorologiques

« *il faisait froid, il pleuvait* » (P3).

2.2.3. Absence de protection sociale

2.2.3.1. Causes

Ils n'avaient pas connaissance des aides disponibles « *parce qu'avant elle n'avait pas l'AME, je ne savais même pas que ça existait en fait* » (P4).

2.2.3.2. conséquences

Les patients avaient des difficultés à payer les consultations et les examens complémentaires éventuels « *des fois je ne peux pas payer* » (P2).

2.2.4. Barrière de la langue

Les patients avaient des difficultés à parler, lire et écrire le français « *il y a des choses que je n'arrive pas à expliquer en français* » (P9), « *il y a des gens qui ne savent rien du tout, même pas écrire* » (P9), « *les gens ne comprennent pas beaucoup le français* » (P9).

La plupart des oublis ou des retards de rendez-vous étaient liés à une difficulté de compréhension du français « *elle m'a donné un rendez-vous urgent à 14h, mais moi j'ai compris 16h* » (P10).

Cette barrière de la langue empêchait les patients de comprendre les maladies et les traitements. Ces difficultés de compréhension pouvaient entraîner des erreurs de prise dans les médicaments « *si je comprends pas les médicaments, j'attends que quelqu'un me l'explique en arabe, pour ne pas jouer avec les médicaments* » (P5).

Cette barrière de la langue pouvait être liée à un problème de santé qui altérait leurs capacités à s'exprimer « *lui son problème c'est ça, « tout va bien », il n'arrive pas à expliquer ce qu'il ressent* » (P11).

2.2.5. isolement social

Il y avait des difficultés supplémentaires pour les patients isolés ayant peu d'entourage familial « *c'est ma femme qui appelle* » (P10).

2.3. Conséquences, solutions et ressenti des patients face aux difficultés d'accès aux soins

2.3.1. Conséquences

Les refus successifs des médecins entraînaient un découragement du patient « *on a consulté 3 docteurs qui nous ont envoyé bouler un peu parce qu'il y avait déjà trop de patients* » (P8).

Les délais de rendez-vous longs pouvaient être à l'origine d'agacement et d'énervement « *juste pour ça, que je m'agace, faut que ce soit rapide...si c'est pas rapide, ça m'agace* » (P5).

2.3.2. Solutions

2.3.2.1. Se déplacer pour prendre rendez-vous

Certains patients préféreraient se déplacer directement pour prendre rendez-vous « *des fois je préfère passer direct...par téléphone parfois j'oublie, peut-être je comprends pas, j'entends pas bien l'heure* » (P14).

2.3.2.2. Privilégier des lieux de consultation proches de leur domicile

La proximité du lieu de consultation semblait être un avantage pour les patients qu'ils recherchaient « *lui par rapport à son problème, il doit voir le médecin tout le temps donc il faut chercher à côté* » (P11).

2.3.2.3. Chercher une solution alternative de prise en charge

2.3.2.3.1. Consulter un autre médecin

S'il s'agissait de problèmes urgents, ils cherchaient une solution alternative : consulter le médecin remplaçant ou le confrère du même cabinet médical « *quand y a pas mon docteur, ils me donnent rendez-vous avec un autre docteur* » (P12).

Ils étaient même prêts à consulter un médecin qu'ils n'appréciaient pas « *elle ne s'est pas bien occupée de moi, elle n'écoute pas, je ne suis pas contente, mais quand j'ai une urgence j'y vais* » (P7).

2.3.2.3.2. Utilisation du système des sans rendez-vous

2.3.2.3.2.1. Conditions d'utilisation

La plupart des patients semblaient satisfaits de ce système « *les sans rendez-vous d'un côté ça rend service c'est sûr* » (P2), « *par exemple je suis malade, je ne peux pas aller au travail, je ne peux pas forcément planifier de rendez-vous si ce n'est pour le surlendemain...ou le jour même donc je préfère me rendre sur place pour être pris en consultation libre* » (P8).

2.3.2.3.2.2. Limites du système des sans rendez-vous

Un temps d'attente souvent long « *si on veut se plaindre de quelque chose, on pourrait dire que nous quand on est en consultation libre, on attend très très longtemps* » (P8), un nombre de places limitées et à l'incivilité de certains patients « *si vous arrivez trop tard, il n'y a pas de place en consultation libre* » (P8).

Les horaires n'étaient pas forcément adaptés à l'agenda des patients, à leurs difficultés organisationnelles et aux contraintes liées à leur emploi « *quand je travaille, je suis obligée de téléphoner tout de suite à mon boulot pour dire que je ne serais pas là de telle heure à telle heure parce que je suis chez le médecin* » (P2).

2.3.2.3.3. S'automédiquer

Les patients pouvaient s'automédiquer « *oui je me suis soigné moi-même, en fait, je n'y ai pas été* » (P12).

2.3.2.4. Limiter la barrière de la langue

Les patients cherchaient un médecin qui parlait la même langue qu'eux « *y a beaucoup de gens qui cherchent des médecins qui parlent arabe, qui parlent berbère* » (P5), « *parce qu'elle me comprend, je comprends* » (P9).

Certains patients essayaient d'apprendre le français par eux même « *je me souviens bien, j'avais un dictionnaire avec des mots français et à chaque fois j'allais chercher les mots* » (P6), « *pour bien faire la prononciation, il faut écouter beaucoup de radio, les films en français* » (P13).

Les patients demandaient également à être aidé par leur entourage qui les accompagnait à la consultation pour faire la traduction mais aussi pour les aider à la compréhension « *des pakistanais qui parlent pas français, mais qui parlent anglais, je fais des traductions* » (P6).

2.3.3. Ressenti : Des patients compréhensifs sur les difficultés de leur médecin

Les patients comprenaient les difficultés des médecins « *mais je comprends très bien aussi, elle n'a pas le choix le Dr B. ... elle a beaucoup de patients* » (P4) en particulier sur les délais de rendez-vous longs « *oui ça me convient tant que c'est dans la semaine, ça me convient* » (P1).

Ils comprenaient également les refus de consultation des médecins « *je ne l'ai pas mal pris, il y avait du monde* » (P3).

Les retards des médecins étaient également excusés si les patients considéraient qu'ils étaient correctement pris en charge « *c'est un bon médecin, quelqu'un qui fait bien son boulot...c'est ça qui lui donne le retard avec tous ses patients* » (P5).

2.4. Difficultés d'accès aux soins : conséquences et comportements des médecins

2.4.1. Conséquences

La barrière de la langue compliquait la prise en charge « *elle comprend ce que lui dit le Dr B. mais quand elle répond, le Dr B. a plus de problèmes, plus de difficultés à comprendre* » (P4).

Les médecins risquaient de ne pas répondre clairement à la demande des patients « *quand elle dit au Dr B. que ça ne sert à rien de renouveler le doliprane, parce que ça ne lui fait rien, je pense que là elle ne comprend pas bien* » (P4).

2.4.2. Comportements

2.4.2.1. Des médecins compréhensifs

2.4.2.1.1. Tolérants les oublis et les retards aux rendez-vous

Face aux oublis et aux retards, certains médecins étaient tolérants et acceptaient « *je suis arrivé juste, il ne m'a rien dit* » (P10) ce qui surprenait parfois les patients « *moi je croyais que la secrétaire allait lui dire que c'était pas possible mais en fait elle a été acceptée* » (P5).

2.4.2.1.2. Comprenant l'urgence ressentie par les patients

Certains médecins acceptaient les rendez-vous non programmés « *je sais qu'il accepte les urgences, mais il faut qu'on y aille et on attend* » (P7), « *quand tu es malade urgent, tu passes, hier, je suis passé tout de suite* » (P10).

D'autres essayaient de raccourcir les délais de rendez-vous « *si c'est vraiment quelque chose de très urgent, elle me prend le jour même ou le lendemain* » (P6).

2.4.2.1.3. Aménageant leur temps de travail

Ils avaient des amplitudes horaires de rendez-vous adaptées aux contraintes personnelles des patients « *je suppose que c'est un peu à cause de ça qu'ils ont changé leur horaire, leur façon de travailler* » (P2).

D'autres avaient organisé un système de sans rendez-vous, pour mieux répondre à leurs attentes « *s'il y a une urgence, si on pouvait aller directement ça serait mieux* » (P11).

2.4.2.2. Limiter la barrière de la langue

Les médecins cherchaient un intermédiaire pour traduire et améliorer la prise en charge « *du coup quand elle a vu qu'elle ne pouvait pas s'en sortir, elle m'a dit « Monsieur V. vous ne pouvez pas venir, je ne comprends rien* » (P4).

Cet intermédiaire pouvait être l'entourage du patient « *des fois je l'accompagne...pour comprendre parce qu'il peut partir mais après il ne saura pas expliquer...dire tout ce qu'on va faire...il faut l'accompagner sinon ça sert à rien* » (P11).

3. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés à la relation médecin-patient

Les patients avaient une bonne relation avec leur médecin : « *il m'a écouté, il m'a compris* » (P13), « *elle me connaît, elle connaît toutes mes maladies, tout ce qui se passe avec mon corps* » (P6), « *mon médecin traitant on va pas dire que c'est un ami mais plutôt un très bon ami* » (P4).

4. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés au vécu de la consultation par les patients

Les absences des patients n'étaient pas non plus liées au vécu de leurs consultations : dans la majorité des cas, celles-ci étaient bien vécues, l'attitude des médecins ayant un rôle important dans le ressenti par les patients.

4.1. Des médecins en général bienveillants

« En plus moi ça m'a touché parce que je suis un immigré...la façon que j'ai été reçue...madame, c'était formidable » (P3).

4.2. Mais des consultations parfois mal vécues

« Elle me donne pas le temps, elle m'a pas donné le temps, elle parle vite » (P5).

Il n'y avait pas eu de lien retrouvé entre les consultations mal vécues et l'absence aux rendez-vous.

5. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés à l'opinion des patients envers leur médecin

5.1. Rôle du médecin pour les patients

5.1.1. Quelqu'un de premier recours

« Tout commence par lui, il est très important » (P11).

5.1.2. Quelqu'un de qualifié

C'était quelqu'un qui avait suivi une formation à l'origine d'un diplôme *« juste le fait que la personne ait les compétences, ait le talent, ait le diplôme pour exercer son métier et ses fonctions » (P8).*

5.1.3. Quelqu'un de compétent et d'efficace

5.1.3.1. Sur le plan médical

« Elle pousse les recherches en fait, si nous on lui dit qu'on se sent pas bien, qu'on est malade, elle va pas nous dire tout de suite, c'est des carences en fer, elle elle va pousser, elle va essayer de chercher » (P12).

5.1.3.2. Sur le plan non médical

Ils agissaient et proposaient des solutions pour améliorer la situation globale *« je lui avais pas dit que je n'avais pas de papiers mais il m'avait proposé de travailler pour mon mari...pour que se soit un travail en fait...en gros je travaille pour lui, au lieu qu'il y ait quelqu'un d'autre qui vienne pour donner les médicaments » (P11).*

5.1.4. Quelqu'un qui soutient et qui rassure

« C'est elle qui fait tout pour moi, c'est elle qui m'aide à faire tout » (P5)

5.1.5. Quelqu'un qui apaise

« On a tout de suite cette impression d'être compris, donc ça va mieux » (P8)

5.1.6. *Quelqu'un qui encadre*

Ils posaient des limites, n'étaient pas toujours d'accord avec leurs patients « *parfois c'est juste une écoute, parfois il n'est peut-être pas d'accord* » (P8).

5.2. Sentiments des patients pour leur médecin

5.2.1. *Des médecins admirés et primordiaux*

Les médecins étaient respectés voir admirés par leurs patients « *le médecin, après Dieu, après la République, c'est le médecin le plus important* » (P3).

5.2.2. *Des médecins tout-puissants, qui peuvent faire peur*

Ils étaient vus comme des protecteurs « *ça veut dire que votre médecin est votre ange gardien dans tout ce que vous faites* » (P3).

« *Parce que c'est le médecin qui décide de notre vie, en un coup le médecin peut tuer s'il veut. En un clac, il peut dire qu'on va crever...et vous partez chez vous en marchant et quand vous rentrez chez vous c'est dans un cercueil. C'est pour ça je respecte beaucoup les médecins* » (P3).

5.2.3. *Des médecins généreux, compréhensifs et disponibles*

Ils se dévouaient à leurs métiers « *vous l'appellez, docteur ça ne va pas, même s'il doit venir à domicile, il viendra* » (P3).

Ils étaient présents en cas de problèmes « *parce que des personnes importantes, c'est quand ça ne va pas, ce sont celles qui sont là* » (P8).

6. **Les rendez-vous manqués ne sont pas liés à la vision des patients de leur santé**

6.1. Une santé primordiale

La santé était considérée comme quelque chose de primordial « *la première, c'est la santé* » (P10).

6.2. Représentation des problèmes de santé par les patients

6.2.1. *Des problèmes de santé importants*

Si les patients prenaient rendez-vous c'est qu'ils considéraient cela nécessaire : « *si vous le prenez, c'est que vous en avez besoin* » (P13).

En prenant rendez-vous, ils souhaitaient chercher la cause à leurs problèmes de santé « *elle va pousser, elle va essayer de chercher pourquoi* » (P12).

Ils se sentaient rassurés si le problème avait une cause, qu'elle soit grave ou non « *oui, parce qu'au moins je sais que ça vient de là, ça ne pose pas de questions ailleurs* » (P2).

6.2.2. *Causes des problèmes de santé*

Certains patients pensaient que leurs problèmes de santé venaient de leurs problèmes quotidiens « *tout ce qui se passe à la maison, ça peut aussi toucher la santé* » (P11), notamment le fait de vivre dans l'illégalité « *je me fais des soucis parce que je n'ai pas de papiers et ça me crée des maladies* » (P11), ou leurs

expériences passées « *Quand il a perdu son argent avec tout ce qui est arrivé, des problèmes politiques et tout ça, c'est là que la maladie a commencé* » (P11).

6.2.3. Conséquences des problèmes de santé

6.2.3.1. Emotionnelles

6.2.3.1.1. qui isolent

Les patients étaient inquiets et bouleversés « *du coup, ça m'a bouleversé, j'ai oublié d'autres choses* » (P3), « *généralement on se fait toujours des idées* » (P2).

Ils pouvaient être agressifs et avoir un comportement inadapté, au point de ne pas se reconnaître eux-mêmes « *c'est pas dans mes habitudes comme ça, moi j'étais toujours réglo* » (P9).

Ce problème de santé pouvait être à l'origine d'une anxiété ou d'une dépression qui pouvait isoler les patients les empêchant de sortir « *j'ai peur, j'ai peur de tout, de tout* » (P9) et rendre difficile leur concentration « *je me concentre pas sur les choses, je ne réfléchis pas ici, j'oublie tout* » (P9).

6.2.3.1.2. Qui perturbent la relation avec l'entourage

Les patients cherchaient à être rassurés par leur entourage au sujet de leurs problèmes de santé « *faut pas s'affoler, on verra bien comment ça se passe mais ne t'affoles pas non plus* » (P2).

Certains patients ne s'entendaient pas avec leurs proches « *et mon fils aussi, il vient me voir, il ne reste pas avec moi, il part...moi j'ai besoin de l'entourage...avec la solitude...* » (P9), « *depuis cette fois, elles ne m'appellent pas, elles ne viennent pas chez moi* » (P9).

Cette mésentente pouvait être liée à une incompréhension par l'entourage de la pathologie des patients « *elles n'ont pas accepté ma maladie, elles disent que je fais du cinéma* » (P9).

Le peu d'implication de l'entourage était lié à la peur des conséquences de la pathologie « *ça le travaille, mais lui il garde tout en lui* » (P2), aux difficultés à exprimer ses craintes « *il pense à la maladie, à tout ce qui peut être grave mais il le garde en lui...c'est peut-être pour ça qu'il ne veut pas voir ou qu'il ne veut pas entendre* » (P2).

L'entourage souhaitait alors cacher le problème de santé « *oui mais je ne veux pas que ça se sache* » (P2).

Les patients avaient alors l'impression de ne pas être soutenus « *c'est un peu ce que je reproche à mon mari, il me laisse toujours y aller toute seule...quand je vais à l'hôpital, il ne vient jamais avec moi* » (P2).

6.2.3.2. Une perte d'autonomie

Le problème de santé pouvait entraîner une perte d'autonomie « *tous mes rendez-vous pour la santé sont importants, mes yeux si je ne les ai plus, comment je vais voir ?, ma bouche, si je ne mange pas ? Comment je vais faire ?* » (P3).

6.3. Gestion de la santé des patients : importance de l'entourage

L'entourage pouvait prendre rendez-vous pour les patients et les amener en consultation parce qu'ils n'étaient pas conscients de leurs troubles « *si on demande, il dit toujours « ça va » alors que des fois, ça ne va pas* » (P11), « *ma femme elle a appelé* » (P10).

L'entourage était donc un bon indicateur de l'état de santé des patients dans leurs quotidiens *« comme nous on vit avec lui ici, nous on constate on voit comment il vit ici, tout ce qui se passe, c'est par rapport à ça qu'on voit si la personne va bien ou pas... parce que moi je le connais bien, je vois quand ça va ou quand ça ne va pas »* (P11).

7. Les rendez-vous manqués ne sont pas liés au mode de choix des médecins généralistes

Le fait que les patients ne venaient pas à leur rendez-vous n'était pas non plus lié à la façon dont ils avaient choisi le médecin généraliste qu'ils consultaient *« comme ma mère ne se sentait pas bien à un moment, j'ai regardé sur internet, j'ai trouvé le Dr B. et puis c'est resté »* (P4), *« c'est elle qui m'a conseillé, elle m'a dit qu'elle connaissait un médecin traitant qui est assez bien »* (P6).

8. Les rendez-vous manqués : conséquences et attitudes des patients

8.1. Conséquences

8.1.1. *Un sentiment de culpabilité*

Face à ces rendez-vous manqués, les patients se sentaient plutôt responsables et coupables *« c'est ma faute, je sais que c'est ma faute »* (P10), *« il y avait peut-être quelqu'un dans le besoin qui voulait ce rendez-vous là absolument »* (P1), *« elle [le médecin] a perdu son temps parce qu'elle aurait pu donner ce rendez-vous à quelqu'un d'autre »* (P6).

8.1.2. *Un avertissement de la part des médecins*

L'absence au rendez-vous entraînait des remarques venant du cabinet médical *« elle m'avait fait une petite réflexion « ben quand même au moins prévenez » »* (P1), *« la secrétaire n'était pas trop contente »* (P8).

Les patients acceptaient les remarques et les avertissements des médecins sur l'oubli des rendez-vous *« tout à fait normal, c'est vrai, c'est moi qui doit y penser »* (P1) et sur les retards *« je crois que quand on prend rendez-vous, il faut aller à l'heure »* (P7).

Pour certains, ces remarques étaient mieux acceptées si elles étaient faites de façon bienveillantes *« après son ton n'était pas forcément mauvais, ce qui a permis que je ne relève pas »* (P8).

Certains patients considéraient même que si le médecin ne faisait pas de remarques, cela les encourageait à recommencer *« jamais, c'est peut-être pour ça que les gens font un peu ce qu'ils veulent »* (P12).

8.1.3. *La prise d'un nouveau rendez-vous*

L'absence au rendez-vous obligeait les patients à reprendre rendez-vous, ce qui pouvait augmenter le délai d'attente *« si j'oublie le rendez-vous, je dois attendre encore un mois »* (P6)

8.2. Attitudes

8.2.1. *Des patients qui s'excusent de leurs absences...*

La majorité des patients s'excusaient lorsqu'ils ne venaient pas à leur rendez-vous *« je suis désolée, j'ai oublié le rendez-vous »* (P13)

8.2.2. ... d'autres non

A l'inverse, certains patients considéraient qu'un rendez-vous manqué était excusable « *étant humain on a beaucoup d'information à gérer donc ça peut s'effacer* » (P8) et que les conséquences pour le médecin étaient faibles « *il a dû prendre une autre, c'est pas grave* » (P2).

Certains ne s'excusaient pas, parce qu'ils avaient peur des remarques des professionnels en retour ou parce qu'ils oubliaient « *j'ai pas appelé, j'ai pas appelé, j'ai oublié* » (P12).

8.2.3. Utilisation de techniques pour éviter les absences aux rendez-vous

Pour éviter ces oublis, les patients utilisaient plusieurs techniques : le plus souvent, ils notaient leur rendez-vous sur un papier ou sur un calendrier qu'ils mettaient en évidence dans un endroit où ils passaient fréquemment « *je note, je le mets sur le frigo par exemple* » (P10).

D'autres fois, ils utilisaient leurs téléphones portables pour mettre un rappel « *je note sur le téléphone pour avoir des rappels* » (P10).

Certains patients utilisaient même ces deux techniques simultanément pour minimiser le risque d'oubli.

Dans certains cas, l'entourage rappelait aux patients leur rendez-vous « *je dis à ma fille pour qu'elle m'appelle* » (P9).

V. DISCUSSION

Limites de l'étude

Le recrutement des patients par les médecins a été difficile et inégal. De nombreuses relances ont été nécessaires pour obtenir les coordonnées des patients. Un cabinet médical urbain de quatre médecins a été à l'origine de la majorité des recrutements. Ceci a pu limiter la variation de l'échantillon. Cependant, certains médecins peu confrontés aux rendez-vous manqués ont participé, permettant d'élargir le recrutement.

112 patients ont été contactés pour aboutir à 14 entretiens réalisés. Le nombre de non-répondants est important. La barrière de la langue a pu avoir un rôle. On peut se demander si les non-répondants ont une vision différente des patients ayant réalisés les entretiens. Ce biais a pu être contrôlé à partir de la réalisation d'un échantillonnage raisonné. La taille de l'échantillon a été déterminée en fonction de la suffisance théorique des données.

Lors de l'appel, les patients étaient informés de l'objectif de l'étude et de la fonction de la chercheuse, entraînant un biais d'information et de désirabilité sociale (les patients pouvaient orienter inconsciemment leurs discours).

L'analyse thématique a été réalisée par une seule personne. Le codage a ensuite été discuté avec la directrice de thèse pour limiter le biais d'interprétation.

Forces de l'étude

Peu de travaux se sont intéressés aux raisons pour lesquelles les patients en situation de précarité ne venaient pas à leur rendez-vous. Ce sujet a été exploré essentiellement dans des pays Anglo-Saxons qui n'ont pas le même système de protection sociale (14, 15, 16, 17).

De plus, la majorité des études faites sur les rendez-vous manqués ont explorés les sentiments des médecins face aux absences et leurs solutions pour y remédier (27,2).

Une recherche qualitative était la méthode la plus appropriée pour obtenir un large éventail d'opinions.

Le fait que les entretiens se fassent au domicile des patients, avec un temps d'échange préalable et le remplissage de la feuille de caractérisation socio démographique permettaient de limiter le stress et favorisait le dialogue.

L'enregistrement des entretiens a permis la perte d'un minimum d'informations.

La raison principale des rendez-vous manqués était l'oubli

Ce motif est retrouvé dans plusieurs publications (15, 18, 26,27). L'oubli d'un rendez-vous n'augmente pas le risque de récurrence(17).

Cet oubli masque des problèmes quotidiens qui sont reliés entre eux de façon complexe : difficultés financières, démarches administratives multiples, absence de travail.

La représentation qu'ont les patients de leur travail est importante : il est considéré comme un outil de stabilité financière, mais aussi comme une façon d'être valorisé et d'entretenir le lien social(34). Il peut devenir prioritaire par rapport à leur santé.

Ces patients qui vivent dans l'illégalité, sans ressources, ont des difficultés à se projeter dans l'avenir. Ils luttent quotidiennement pour survivre. Leur rendez-vous médicaux deviennent alors secondaires face aux difficultés du quotidien(13).

Ces rendez-vous manqués peuvent être secondaires à une difficulté d'accès aux soins.

Les difficultés d'accès aux soins peuvent être liées aux contraintes de consultation fixées par les professionnels de santé : consultations uniquement sur rendez-vous, refus des consultations multiples, délai de rendez-vous trop longs.

Elles peuvent aussi être liées aux patients : certains ont des difficultés à se déplacer à leur rendez-vous, d'autres n'ont pas de protection sociale : ils ne peuvent pas avancer les frais d'une consultation.

Il y a de multiples causes à l'absence de protection sociale(19) : elle peut être liée à une mauvaise connaissance des critères d'éligibilités par les patients, à la complexité des démarches administratives (difficultés matérielles, absence d'aide) et à la peur d'une stigmatisation(11).

La barrière de la langue est une des difficultés des patients : elle complique la prise de rendez-vous et la communication avec leur médecin. Pour lutter contre cette difficulté, les patients se déplacent pour prendre rendez-vous (la communication est plus facile si un secrétariat est présent au cabinet) ou font appel à leur entourage. Les patients isolés ont donc plus de difficultés(19).

Certains patients n'arrivent pas à anticiper et associer leurs contraintes organisationnelles multiples(13).

Les rendez-vous manqués peuvent également être influencés par la différence de perception des problèmes de santé entre les patients et leur médecin

Notamment la perception de l'urgence

Cette différence est liée à la représentation, angoissante et parfois magique, qu'ils ont de leurs corps et des maladies(21). Elle peut aussi être influencée par leurs expériences de vie (20).

La non réponse des médecins à leur demande immédiate de soins entraîne la recherche de solutions alternatives : consulter un autre médecin, s'automédiquer.

Cette prise en charge, plus rapide, et la résolution spontanée des maladies peuvent expliquer leur absence au rendez-vous.

Les rendez-vous manqués ne sont pas liés à une négligence des patients ou à un dédain de leur médecin généraliste

Ils ont une haute opinion de leur médecin et entretiennent une relation de confiance avec eux(35).

Cette relation se crée dans la durée et à chaque consultation, en répondant aux attentes multiples des patients (22,32).

La relation de confiance permet aux patients de parler de leur vie et de leurs difficultés quotidiennes.

Mais elle n'est parfois pas suffisante : l'histoire de vie difficile et les expériences traumatisantes passées font que certains patients sont méfiants et ne parlent pas de leur vie privée(33).

Les patients se sentent coupables de ne pas être venus à leur rendez-vous. Ils ont conscience des conséquences de leurs absences : difficulté d'accès aux soins pour les autres patients, mise à mal de la relation avec leur médecin (27).

Ils adoptent plusieurs stratégies pour éviter les oublis : note sur un papier ou un calendrier mis dans un endroit de passage, rappel sur le téléphone, sollicitation de l'entourage.

Même l'utilisation de plusieurs de ces techniques simultanément ne suffit pas au vu des difficultés quotidiennes. Il n'y a pas de données disponibles dans la littérature évaluant l'utilisation de ces techniques et leur efficacité pour prévenir l'absence aux rendez-vous.

Face aux rendez-vous manqués, les médecins proposent principalement des sanctions financières

Suite à l'étude de L'URPS de Franche Comté en 2013(2), l'association « Femme médecin libéral » proposait la rédaction d'une charte, à afficher dans la salle d'attente des médecins, qui listerait les devoirs des usagers : prévenir de toute annulation de consultation, faute de quoi il serait demandé un supplément lors de la consultation suivante. Le patient s'engageant à informer le médecin de ses antécédents et de ses traitements, il s'engageait à régler les honoraires, à comprendre les risques des maladies et des traitements (28).

En 2013, la confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) proposait d'éditer une affiche à mettre dans les salles d'attente des médecins reprenant le slogan « si vous ne pouvez pas venir à un rendez-vous, prévenez votre médecin, c'est simple comme un coup de fil » (29).

Ces mesures proposées ne semblent pas adaptées :

Une sanction financière est difficilement envisageable pour ce type de population déjà en situation de précarité. Ils ne peuvent pas s'engager à payer une consultation, certains n'ayant pas suffisamment de ressource pour se nourrir.

La barrière de la langue importante pour certains patients limite les capacités de compréhension rendant difficile la lecture de l'affiche proposée.

Téléphoner n'est pas simple pour ces patients qui doivent gérer leurs agendas complexes et savoir anticiper pour prévenir de leur absence aux rendez-vous(13).

Une exclusion définitive de la patientèle entraîne un isolement encore plus important et renforce la précarité dans laquelle ils sont (37). Cette exclusion rompt également la relation avec le patient qui peut poser un problème éthique « je donnerais mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera »(36).

D'autres mesures peuvent être proposées pour faciliter l'accès aux soins de ces patients : limiter la barrière de la langue, puisqu'elle correspond souvent aux situations sociales les plus difficiles, en faisant appel à l'entourage ou en utilisant des livres de santé bilingues (téléchargeables sur le site de l'INPES(30)), envoyer des rappels par SMS sur les téléphones portables des patients(31).

Une étude publiée dans la Cochrane en 2012(31) montre qu'il existe des preuves que les rappels envoyés par SMS sur le téléphone portable des patients peuvent limiter les absences aux rendez-vous mais elles sont de qualités limitées.

Dans notre étude, malgré un rappel par SMS la veille du rendez-vous, certains patients ne venaient pas. Il est possible que le rappel par SMS soit moins efficace pour ce type de population.

La création de plages de consultations sans rendez-vous ou de consultations d'urgence (23) est également demandée par certains patients.

Ces mesures leur permettraient de répondre rapidement à leurs inquiétudes sur leur santé.

Mais elles sont peu fréquentes parmi les médecins généralistes: seulement 26% des médecins ont des créneaux de consultations libres, toutes spécialités confondues(23).

Elles pourraient également répondre aux demandes de soins non programmés qui sont fréquentes(23) : 56% des médecins généralistes interrogés ont entre 0 et 5 demandes de soins non programmés par jour, 44% entre 6 à 10 demandes.

Malgré l'importance de ces demandes, 56% des médecins généralistes y répondent en 24h.

En cas d'impossibilité, les médecins donnent des conseils téléphoniques et proposent une prise de rendez-vous ultérieure (52%), orientent les patients vers un confrère (22%), ou vers un centre de régulation type Centre 15 (26%).

En plus de ces mesures pratiques, les professionnels pourraient être formés aux repérages des inégalités sociales d'accès aux soins.

Les médecins généralistes ont des connaissances principalement intuitives et fragmentaires à ce sujet. Ils y sont peu formés durant leur formation initiale(12). Leur repérage est influencé par la représentation qu'ils ont de la précarité.

Selon la thèse de Köhl M., soutenue en 2014(24), les médecins généralistes associaient majoritairement la précarité à la pauvreté. Ils la complétaient secondairement par d'autres éléments : l'accès à l'emploi, l'isolement géographique et social, l'incapacité et la gestion des priorités.

Selon le collègue de la Médecine Générale, le repérage de la précarité dépend de critères précis et variés explorant le mode de vie des patients(12): sept indicateurs indispensables comprenant le type d'assurance maladie, le statut par rapport à l'emploi, le type d'emploi et les capacités de compréhension du langage écrit et neuf indicateurs utiles comprenant la situation familiale, le nombre d'enfants, le niveau d'étude, le statut par rapport au logement et la situation financière perçue.

Ces critères ne sont pas utilisés en pratique par les médecins généralistes : selon une étude publiée en 2015(25), les médecins ne recherchaient que deux informations indispensables (couverture maladie et statut par rapport à l'emploi) et trois informations utiles (le statut matrimonial, le niveau d'étude et la catégorie socioprofessionnelle).

Les médecins peuvent également se former pour comprendre et répondre de façon adaptée aux problématiques spécifiques de ces patients : soutien social, protection sociale(33).

D'autres propositions financières, ont été faites comme un programme de paiement à la performance, le QOF (Quality Outcome Framework)(19) en 2004 au Royaume Uni qui regroupait une liste d'indicateurs de qualité clinique, organisationnel et de satisfaction du patient.

Ces incitations financières auraient pour objectif d'améliorer la qualité de soins en incitant les professionnels à consacrer plus de temps aux populations fragilisées (19).

En France, des mesures de paiement à la performance existent, mais la ROSP (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique) (38) ne prend en compte que deux indicateurs : l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale. La dimension sociale, en prenant en compte le patient, n'est pas évaluée.

Les absences aux rendez-vous ont des conséquences pour les médecins mais aussi pour les patients. La majorité se sentent responsables de leur oubli et adoptent des stratégies pour éviter de réitérer. Il pourrait être intéressant d'explorer ces techniques et de déterminer pourquoi elles ne paraissent pas suffisantes.

VI. CONCLUSION

Les raisons des absences au rendez-vous sont multiples et correspondent à la fois à des difficultés du quotidien et à des difficultés d'accès aux soins. Elles ne sont pas liées à un manque de considération des patients envers leur médecin.

Les patients précaires ont des préoccupations et des difficultés qui leur sont spécifiques, la place de leur santé par rapport à ces problèmes du quotidien est difficile à préciser.

Les solutions à type de sanctions financières ou d'exclusion de la patientèle ne paraissent pas adaptées pour ces patients et contribuent à aggraver leur précarité.

L'enjeu pour les médecins généralistes est de repérer ces patients en situation de précarité et d'aménager leurs modalités de fonctionnement habituelles. Cet aménagement permettrait de réduire et de prévenir les inégalités sociales d'accès aux soins et de faciliter l'accès de ces patients aux soins primaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. CSMF, Confédération des Syndicats Médicaux Français, 28 millions de consultation ni honorées, ni décommandées : la CSMF veut responsabiliser [en ligne]
[http ://adherents.csmf.org/upload/File/MDF/2013/MDF_1208.pdf](http://adherents.csmf.org/upload/File/MDF/2013/MDF_1208.pdf) (consulté le 7 novembre 2016)
2. Duburcq A., Bureau I., Courouve L. Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients: [En ligne]
www.egora.fr/.../Version%20finale%20rapport%20enquête%20RDV%20... Consulté le 3 novembre 2016
3. Service public, couverture maladie universelle (CMU), [en ligne] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1072.xhtml>. consulté le 3 novembre 2016
4. Marie, E., & Roger, J. Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville. [en ligne] http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-143P_Tiers_payant_DEF.pdf .consulté le 4 novembre 2016
5. Drees, Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU. N° 294. Mars 2004.
6. Service public, CMU, couverture maladie universelle et AME, aide médicale d'état. [en ligne] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N19717.xhtml> . consulté le 3 novembre 2016.
7. Service public, AME, Aide Médicale d'Etat. [en ligne] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N31171.xhtml> (consulté le 3 novembre 2016)
8. Service public, tiers payant. [en ligne] <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F167.xhtml>. (consulté le 3 novembre 2016)
9. L'assurance Maladie, la pratique du tiers payant. [en ligne] <http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/la-pratique-du-tiers-payant/les-conditions-d-application-du-tiers-payant.php> (consulté le 3 novembre 2016)
10. Pascal, J., Abbey-Huguenin, H., & Lombrail, P. (2006). Inégalités sociales de santé : quels impacts sur l'accès aux soins de prévention ? Lien Social et Politiques, (55), 115. [en ligne] :
doi:10.7202/013229ar (consulté le 3 novembre 2016)
11. Bertho L. Vécu et ressenti des patients bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Thèse de médecine. Université de Nantes ;2004, 61p.
12. Collège de la médecine générale. Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?, Neuilly-sur-Seine : CMG, 2014 : 30 p. [en ligne] :
http://www.lecmg.fr/photos/enregistrement_socia.pdf?PHPSESSID=it9juh4ep2vgi74717un7ohss4
(consulté le 6 novembre 2016)

13. Denantes, M., Chevillard, M., Renard, J., & Flores, P. (2009). Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale, *Exercer* 2009;85:22-26.
14. Bickler, C. B. (1985). Defaulted appointments in general practice. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(270), 19–22. [en ligne]
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1960173&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (consulté le 4 novembre 2016)
15. George, a., & Rubin, G. (2003). Non-attendance in general practice: a systematic review and its implications for access to primary health care. *Family Practice*, 20(2), 178–184. [en ligne]
doi:10.1093/fampra/20.2.178 (consulté le 4 novembre 2016)
16. Martin, C., Perfect, T., & Mantle, G. (2005). Non-attendance in primary care: the views of patients and practices on its causes, impact and solutions. *Family Practice*, 22(6), 638–43. [en ligne]
doi:10.1093/fampra/cmi076 (consulté le 4 novembre 2016)
17. Neal, R. D., Lawlor, D. a, Allgar, V., Colledge, M., Ali, S., Hassey, a, Wilson, a. (2001). Missed appointments in general practice: retrospective data analysis from four practices. *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 51(471), 830–2. [en ligne]
<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1314130&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (consulté le 4 novembre 2016)
18. Dacie, J. (1978). Why do patient not keep their appointments? Prospective study in a gastroenterology outpatient clinic. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 71(1), 4. [en ligne]
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22508971> (consulté le 4 novembre 2016)
19. Bourgueil Y, Jusot F, Leleu H., IRDES, institut de recherche et de documentation en économie de la santé, comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? *Questions d'économie de la santé* 2012 ; 179 :1-8 [en ligne]
<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes179.pdf> (consulté le 6 novembre 2016)
20. Mathieu A. Prise en charge des patients migrants en Médecine Générale, thèse de Médecine. Université du droit et de la santé, Lille II, faculté de médecine Henri. Warembourg ; 2011, 83p. [en ligne]: http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20Alice%20Mathieu_0.pdf (consulté le 4 novembre 2016)
21. Sarradon-Eck, A. (1998). Les représentations populaires de la maladie et de ses causes, 2–7. *La revue du praticien-médecine générale-2002* ; 16(566) :358-63.
22. Bancon S. l'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale. Thèse de médecine, Faculté de Médecine Lyon Sud, Université Claude Bernard-Lyon ;2008, 153p. [en ligne]
http://www.sudoc.abes.fr/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=129568953&COOKIE=U10178,Klecteurweb_D2.1,E83bcfd8e-7b,I250,B341720009+,SY,A%5C9008+1,,J,H2-26,,29,,34,,39,,44,,49-50,,53-78,,80-87,NLECTEUR+PSI,R37.160.44.187,FN (consulté le 4 novembre 2016)
23. Broudic M., Klein JM, URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé) d'île de France. rendez-vous médicaux non honorés, demandes de soins non programmés, état des lieux et solutions.

- Enquête auprès des médecins libéraux d'Ile de France. Juin 2015 ; 1-42. [en ligne] <http://www.urps-med-idf.org/publication/> (consulté le 4 novembre 2016)
24. Köhl M. Les représentations de la précarité par les médecins généralistes. Thèse de médecine : Université de Dijon ;2014, 40p.
25. Mazalovic.K, Gasiorek E., Zabawa C., Morlon F, étude de la concordance entre le score EPICES et l'évaluation spontanée de la précarité par les médecins généralistes, Exercer 2015 ; 118(suppl1) :S12-S13
26. Frankel, S., Farrow, a, & West, R. (1989). Non-attendance or non-invitation? A case-control study of failed outpatient appointments. BMJ (Clinical Research Ed.), 298(6684), 1343–5. [en ligne] <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1836620&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (consulté le 4 novembre 2016)
27. Husain-Gambles, M., Neal, R. D., Dempsey, O., Lawlor, D. a, & Hodgson, J. (2004). Missed appointments in primary care: questionnaire and focus group study of health professionals. The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners, 54(499), 108–13. [en ligne] <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1314803&tool=pmcentrez&rendertype=abstract> (consulté le 6 novembre 2016)
28. Association femme médecin libéral, la charte du patient, un acte citoyen pour l'égalité d'accès à la santé de tous, [en ligne] <http://www.asso-fml.com/actions-de-l-association-fml.php> (consulté le 6 novembre 2016)
29. CSMF, Confédération des Syndicats Médicaux Français, si vous ne pouvez pas venir à un rendez-vous, prévenez votre médecin! c'est simple comme un coup de fil!, 2013, [en ligne] http://www.csmf.org/images/docs/2013/1307/rdv_non_honores_affiche.pdf (consulté le 6 novembre 2016)
30. INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, livre de santé bilingue pour lutter contre la barrière de la langue [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/946.pdf> (consulté le 6 novembre 2016)
31. Car J, Gurol-Urganci I, de Jongh T, Vodopivec-Jamsek V, Atun R. Mobile phone messaging reminders for attendance at healthcare appointments. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 7. Art. No.: CD007458. [en ligne] DOI: 10.1002/14651858.CD007458.pub2 (consulté le 6 novembre 2016)
32. . Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc . La consultation du généraliste en 2010. Pour une médecine centrée sur le patient. Médecine. 2010;6(5):221-227.[en ligne] doi:10.1684/med.2010.0561 (consulté le 6 novembre 2016)
33. INPES, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, migrant et étranger en situation précaire, prise en charge médico-psycho-sociale, [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1051.pdf> (consulté le 6 novembre 2016)

34. Davezies, P. (1993). Eléments de psychodynamique du travail, *Education Permanente*, n°116, 1993-3, 33-46. [en ligne]
http://philippe.davezies.free.fr/download/down/Elements_de_psychodynamique_1993.pdf
(consulté le 6 novembre 2016)
35. Éric Galam . Relation médecin-malade : pour le meilleur et pour le pire. *Médecine*. 2009;5(5):231-234. [en ligne] doi:10.1684/med.2009.0426 (consulté le 6 novembre 2016)
36. Conseil national de l'ordre des médecins, serment d'Hippocrate, [en ligne], <https://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311> (consulté le 7 novembre 2016)
37. Ministère de la santé et des sports, résoudre les refus de soin, [en ligne], http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapp_refus_de_soins_cns_221010.pdf (consulté le 7 novembre 2016)
38. L'assurance maladie, rémunérations sur objectifs de santé publique, [en ligne],
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ROSP_2015_NOTE_METHODODO_ORGA_CA_BINET.pdf (consulté le 7 novembre 2016)

ANNEXE 1

Trame d'entretien initiale

1. pouvez-vous me raconter comment se passe la prise de rdv chez votre médecin ? Relance si besoin : quand vous vous déplacez, quand vous l'appellez ? Est-il difficile à joindre ? Les délais de rendez-vous sont-ils longs ?
2. pouvez-vous me décrire votre journée lorsque vous avez oublié votre rendez-vous chez le médecin ? Quelle était la date de votre rendez-vous ? Si vous ne vous en souvenez plus, pouvez-vous me décrire une journée type de la semaine pour vous où vous avez rendez-vous avec votre médecin ?
3. Avez-vous d'autres rendez-vous pour votre santé, ou celle de vos enfants (visite chez le pédiatre, un spécialiste ?) ou avec l'administration (pôle emploi, CPAM, CAF..) en ce moment ?

Est-ce que cela vous est déjà arrivé de les oublier ?
4. Quels sont parmi les rendez-vous dont vous m'avez parlé, ceux qui sont les plus importants pour vous ?
5. Comme se passe le contact avec votre médecin ? Relance si besoin : parlez-vous facilement avec lui ? Vous sentez vous en confiance ?
6. Comment votre médecin prend il en compte vos difficultés ? Relance si besoin : vos difficultés dans l'organisation de votre journée, vos difficultés à vous déplacer, ou vos difficultés d'ordre financière ?
7. Est-ce que vous vous souvenez pourquoi vous n'êtes pas venu à votre rendez-vous la dernière fois ?

ANNEXE 2

Grille de caractérisation sociodémographique

Quelques données avant l'entretien :

- Age :
- Sexe :
- statut par rapport à l'emploi/profession éventuelle :
- Situation conjugale (marié(e), célibataire, en concubinage, pacsé(e)) :
- Nombre d'enfants :
- Type de couverture sociale (CMU, AME, 1/3 payant social) :
- en ce qui concerne la situation financière du foyer, considérez-vous : (entourez la réponse qui vous semble correspondre le plus)
 1. Il n'y a pas de problème
 2. Il faut juste faire attention
 3. Vous avez du mal à y arriver
 4. C'est très difficile

ANNEXE 3

Trame d'entretien modifiée

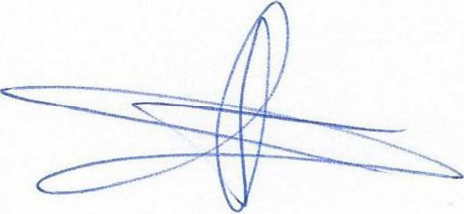
1. pouvez-vous me raconter comment se passe la prise de rdv chez votre médecin ? Relance si besoin : quand vous vous déplacez, quand vous l'appellez ? Est-il difficile à joindre ? Les délais de rendez-vous sont-ils longs ?
2. pouvez-vous me décrire votre journée lorsque vous avez oublié votre rendez-vous chez le médecin ? Quelle était la date de votre rendez-vous ? Si vous ne vous en souvenez plus, pouvez-vous me décrire une journée type de la semaine pour vous où vous avez rendez-vous avec votre médecin?
3. Avez-vous d'autres rendez-vous pour votre santé, ou celle de vos enfants (visite chez le pédiatre, un spécialiste ?) ou avec l'administration (pôle emploi, CPAM, CAF..) en ce moment ?

Est-ce que cela vous est déjà arrivé de les oublier ?
4. Quels sont parmi les rendez-vous dont vous m'avez parlé, ceux qui sont les plus importants pour vous ?
5. Comme se passe le contact avec votre médecin ? Relance si besoin : parlez-vous facilement avec lui ? Vous sentez vous en confiance ?
6. Comment votre médecin prend il en compte vos difficultés ? Relance si besoin : vos difficultés dans l'organisation de votre journée, vos difficultés à vous déplacer, ou vos difficultés d'ordre financière ?
7. Est-ce que vous vous souvenez pourquoi vous n'êtes pas venu à votre rendez-vous la dernière fois ? (fusionner éventuellement avec la 2)
8. quel est le rôle de votre médecin traitant pour vous ? quelle importance a-t-il dans votre vie de tous les jours ?

ANNEXE 4 : SCHEMA EXPLICATIF



Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a central vertical stroke, appearing to be a stylized representation of a name.

Vu, le Doyen

**De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

<Signature>

Canazzi Laetitia

55 pages – un tableau – un schéma

Résumé :

Introduction- En 2008, 28 millions de consultations n'ont pas été honorées en médecine générale. Selon une étude de l'URPS de Franche Comté de 2013, les patients absents bénéficiaient en majorité de dispense d'avance de frais : Couverture Maladie Universelle (CMU), Tiers Payant (TP) et Aide Médicale d'Etat (AME). Cette étude a été reprise dans la presse professionnelle, stigmatisant ces patients. L'objectif de ce travail était de connaître les motifs de leur rendez-vous manqués.

Matériel et Méthode- Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients bénéficiant du tiers payant social, absents à leur rendez-vous, recrutés auprès de dix cabinets médicaux du Loiret et du Loir-et-Cher. L'échantillon a été raisonné selon l'âge, le sexe, la situation conjugale, le type de couverture sociale et la situation financière ressentie du foyer. La trame d'entretien explorait les causes à l'origine de l'absence au rendez-vous, les conditions de vie, la prise de rendez-vous chez le médecin et la relation médecin-patient. Une analyse thématique a été conduite et un schéma explicatif a été créé à l'issue de l'analyse.

Résultats- 14 entretiens ont été réalisés. La suffisance théorique des données a été obtenue au treizième entretien. La principale raison pour ne pas honorer un rendez-vous était l'oubli. Les patients décrivaient des agendas complexes liés à leurs conditions de vie, leurs démarches de régularisation et de multiples préoccupations. Des causes secondaires ont été retrouvées : contraintes fixées par les médecins, barrière de la langue, coordination avec leur entourage. Ils se sentaient parfois coupables de ne pas être venus. Ils jugeaient primordiale la qualité de la relation qu'ils avaient avec leur médecin. Leur santé leur paraissait importante. Certains utilisaient des techniques pour éviter les oublis, insuffisantes par rapport aux contraintes du quotidien. Certains médecins aménageaient efficacement leur emploi du temps pour améliorer l'accès aux soins de ces patients : consultations sans rendez-vous et consultations d'urgences.

Discussion- L'oubli de ces patients ne correspondait pas à une négligence ou un dédain de leur médecin généraliste. Les modalités habituelles de fonctionnement des médecins ne sont pas adaptées à ces patients mais peuvent être aménagées.

Mots clés : Population vulnérable, recherche qualitative, absence des patients, causes multiples, relation à la santé

Jury :

Président du Jury: Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Directeur de thèse : Docteur Delphine LE GOFF

Membres du Jury : Professeur Alain CHANTEPIE

Professeur Emmanuel RUSCH

: Docteur Marie-Véronique CONSTANT