



Faculté de médecine

Année 2024/2025

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Hadda FENNICH

Née le 1^{er} août 1996 au Maroc (99)

Représentations des médecins généralistes d'Eure-et-Loir concernant la prise en soin des patients en situation de grande précarité

Présentée et soutenue publiquement le **11 juin 2025** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Franck PERROTIN, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel GYAN, Hématologie, transfusion, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Benoit CHAUMONT, Médecine Générale – Châtillon-sur-Loire

Directeur de thèse : Docteur Nicolas CHARTIER, Médecine Générale – Chartres

UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

ASSESSEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie étudiante*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

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
Pr Patrice DIOT – 2014-2024

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Patrice DIOT
Pr Luc FAVARD
Pr Bernard FOUQUET
Pr Yves GRUEL
Pr Frédéric PATAT
Pr Loïc VAILLANT

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – D. BABUTY – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – J. CHANDENIER – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – P. DUMONT – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – D. GOGA – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – G. LORETTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – D. PERROTIN – L. POURCELOT – R. QUENTIN – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – P. ROSSET – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric	Neurochirurgie
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Theodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire.....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CAILLE Agnès.....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas.....	Psychiatrie
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
ESPITALIER Fabien.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand.....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
QUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
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
LE NAIL Louis-Romée.....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie

LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
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
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco.....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald.....	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILLOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR Inserm 1100
GUEGUINO Maxime.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
HAASE Georg.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'éthique médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale

LAMANDE Marc.....Praticien Hospitalier

Pour l'orthophonie

BATAILLE Magalie.....	Orthophoniste
CLOUTOUR Nathalie.....	Orthophoniste
CORBINEAU Mathilde.....	Orthophoniste
HARIVEL OUALLI Ingrid.....	Orthophoniste
IMBERT Mélanie.....	Orthophoniste
SIZARET Eva.....	Orthophoniste

Pour l'orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....Orthoptiste

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des enseignants et enseignantes
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 aux indigents,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis(e) 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(euse) et reconnaissant(e) envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs parents.

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

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur Franck PERROTIN,
Merci de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider cette soutenance. Veuillez recevoir ici l'expression de mon profond respect et de ma sincère gratitude.

À mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Nicolas CHARTIER,
Merci d'avoir accepté de me guider dans ce travail et de m'avoir accompagnée tout au long de ce chemin. Ta bienveillance, ta disponibilité sans faille et ton regard toujours juste et constructif ont été d'un soutien précieux. Tu as su être là, à chaque étape, avec rigueur et attention. Au-delà du travail de thèse, je garde en mémoire ton investissement en tant que maître de stage : inspirant et profondément humain. C'est une grande chance pour moi de te compter aujourd'hui parmi mes futurs collègues.

À Monsieur le Professeur Emmanuel GYAN,
Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Vous avez été pour moi un exemple fort d'humanité en médecine. J'ai été profondément marquée par l'attention que vous portez à chaque patient, par cette manière si juste de soigner une personne et non une maladie. Cette sensibilité et ce respect de l'individu m'ont inspirée, et resteront une boussole dans ma pratique.

À Monsieur le Docteur Benoit CHAUMONT,
Merci pour votre présence attentive tout au long de mon internat. Vous avez toujours répondu avec réactivité et gentillesse à mes sollicitations, et je vous suis reconnaissante pour votre soutien constant durant ces années de formation.

A tout ceux qui ont accepté de participer aux entretiens, merci pour votre temps et votre confiance.

**REPRESENTATIONS DES
MEDECINS GENERALISTES
D'EURE-ET-LOIR
CONCERNANT LA PRISE EN
SOIN DES PATIENTS EN
SITUATION DE GRANDE
PRECARITE**

RESUME

Introduction : La grande précarité désigne une situation d'extrême vulnérabilité marquée par l'accumulation de difficultés sociales, et se caractérise notamment par l'absence de logement stable. Dans un territoire comme l'Eure-et-Loir, déjà fragilisé par une faible densité médicale, explorer les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de ces populations constitue un levier essentiel pour comprendre et améliorer l'accès équitable aux soins de santé.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Dix entretiens semi-directifs ont été menés entre mai et décembre 2024 auprès de médecins généralistes exerçant en Eure-et-Loir. Les données ont été analysées selon une approche inductive et itérative, en vue de faire émerger un modèle explicatif des représentations dans la prise en soin des patients en situation de grande précarité.

Résultats : Les représentations de la grande précarité apparaissaient hétérogènes et subjectives, façonnées par des expériences individuelles, professionnelles et par le contexte sociétal. Le contact répété avec ces patients favorisait une évolution progressive du regard médical : déconstruction des jugements initiaux, développement d'une posture plus empathique et d'un engagement renforcé, soutenus par l'acquisition de nouvelles compétences. Cette dynamique de transformation semblait conditionnée par l'existence de facteurs facilitateurs, en particulier le travail en réseau et la coordination interprofessionnelle.

Conclusion : L'évolution des représentations vers une posture plus inclusive est rendue possible par un environnement propice à la coopération et au soutien entre pairs. Ces résultats soulignent l'importance d'une formation précoce aux enjeux liés à la précarité, ainsi que d'une prise en charge pluridisciplinaire pour mieux répondre à la complexité des situations rencontrées.

Mots clés : Précarité, Représentations, Inégalités de santé, Médecine générale, Accès aux soins primaires, Recherche qualitative

**PERCEPTIONS OF GENERAL
PRACTITIONERS IN
EURE-ET-LOIR
ON THE CARE OF PATIENTS
FACING SEVERE SOCIAL
DEPRIVATION**

ABSTRACT

Context : Severe social deprivation refers to a situation of profound vulnerability resulting from the accumulation of social issues, it is often characterized by the lack of stable housing. Eure-et-Loir, a French department where healthcare access is already limited due to a low density of general practitioners, serves as a relevant context to explore how they perceive and represent these populations. This is a key lever for understanding and improving equitable access to healthcare.

Methods : This qualitative study, informed by grounded theory methodology, is based on ten semi-structured interviews conducted between May and December 2024 with general practitioners working in the Eure-et-Loir department. Data were analyzed using an inductive and iterative approach, with the aim of developing an substantive explanatory model of general practitioners' representations regarding the care of patients facing severe social deprivation.

Results : Representations of severe social deprivation were heterogeneous and subjective, shaped by both personal and professional experiences within a broader societal context. Repeated encounters with patients in precarious situations contributed to a gradual shift in the medical perspective, marked by the deconstruction of initial judgments, the development of a more empathetic stance, and deeper professional commitment, often accompanied by the acquisition of new skills. This positive transformation was contingent upon the presence of facilitating factors, particularly interprofessional collaboration and the availability of network-based care structures.

Conclusion : A shift toward more inclusive representations of social vulnerability is possible when general practitioners work within supportive and collaborative environments. These findings underscore the importance of early training on issues related to social vulnerability, as well as the need for multidisciplinary approaches to adequately address the complex needs of patients experiencing severe social deprivation.

Keywords : Social vulnerability, Perceptions, Health inequalities, General practice, Access to primary care, Qualitative research

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	16
II. MATERIEL ET METHODES	17
2.1 Type d'étude	17
2.2 Population.....	17
2.3 Recueil des données	17
2.4 Analyse des données	18
2.5 Aspects éthiques et réglementaires	18
III. RESULTATS	19
3.1 Description de la population étudiée	19
3.2 Représentations de la grande précarité chez les médecins généralistes	20
3.2.1 Diversité des figures de la précarité : entre stéréotypes et expérience vécue... 20	
3.2.1.1 Les grands précaires « locaux »	20
3.2.1.2 Les migrants	21
3.2.1.3 La précarité du quotidien.....	22
3.2.2 Des difficultés multidimensionnelles dans la prise en soin.....	24
3.2.2.1 Consultations complexes et difficultés cumulées.....	24
3.2.2.2 Des difficultés relationnelles	25
3.2.2.3 Des difficultés émotionnelles pour le médecin	27
3.2.2.4 Des difficultés liées au parcours de soin	28
3.3 L'évolution du regard du médecin à l'épreuve de la précarité.....	29
3.3.1 Les influences qui façonnent les représentations du médecin et les facteurs d'engagement	29
3.3.1.1 Des préjugés issus des milieux éducatif et culturel.....	29
3.3.1.2 L'impact des stages	29
3.3.1.3 L'influence des expériences personnelles	29
3.3.1.4 L'indifférence de la société	29
3.3.1.5 Les convictions religieuses.....	29
3.3.1.6 Les valeurs humanistes.....	30
3.3.1.7 L'identification au vécu du patient.....	30
3.3.1.8 L'envie d'explorer d'autres pratiques	30
3.3.1.9 L'influence des pairs	30
3.3.2 Le changement de regard : une évolution dans la posture du médecin.....	30
3.3.2.1 Dépasser ses préjugés dans une démarche d'acceptation de l'autre	30
3.3.2.2 Agir avec respect et empathie	31

3.3.2.3	S'intéresser au patient dans sa globalité.....	31
3.3.2.4	Mesurer l'importance de l'écoute	31
3.3.2.5	Prendre conscience que la précarité peut toucher tout le monde	31
3.3.3	Le changement de posture : un impact positif dans la prise en soin	31
3.3.3.1	Le rôle central du médecin référent pour renforcer la relation de confiance	31
3.3.3.2	Pour le patient : une relation qui renforce l'estime de soi.....	32
3.3.3.3	Pour le médecin : une relation qui redonne du sens malgré les limites	32
3.3.4	Les leviers facilitant la prise en soin	32
3.3.4.1	Les éléments perçus comme facilitant la prise en soin	32
3.3.4.2	Les besoins exprimés pour une meilleure prise en soin	34
3.4	Résultat principal.....	36
3.4.1	Modèle explicatif : le cercle de la transformation.....	36
3.4.1.1	Une déconstruction des préjugés.....	36
3.4.1.2	Une posture transformée	36
3.4.1.3	Un apprentissage par l'expérience	36
3.4.1.4	Un engagement renforcé à double bénéfice	37
3.4.1.5	Une transformation conditionnée par le contexte	37
IV.	DISCUSSION	38
4.1	Comparaison avec la littérature.....	38
4.1.1	Le cercle de la transformation	38
4.1.2	La grande précarité : un concept flou aux contours mal délimités.....	39
4.1.3	Dichotomie de la précarité et méritocratie	40
4.1.4	Représentations en population générale	41
4.2	Forces et limites	42
4.2.1	Posture de l'auteure	42
4.2.2	Conception de l'étude.....	43
4.3	Perspectives	43
V.	CONCLUSION	45
VI.	BIBLIOGRAPHIE	46
VII.	ANNEXES	48

LISTE DES ABREVIATIONS

CADA	Centre d’Accueil de Demandeurs d’Asile
CMU-C	Couverture Maladie Universelle – Complémentaire
CNIL	Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés
COREQ	<i>COnsolidated criteria for REporting Qualitative research</i>
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
EPICES	Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d’Examens de Santé
ETHOS	<i>European Typology on Homelessness and Housing Exclusion</i>
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d’Accès aux Soins de Santé
QPV	Quartier Prioritaire de la politique de la Ville
SDF	Sans Domicile Fixe
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

I. INTRODUCTION

La grande précarité n'a pas de définition précise. Elle désigne une forme extrême de précarité caractérisée par une imbrication de vulnérabilités touchant à la fois le logement, les ressources économiques, la santé, les liens sociaux et familiaux, et l'accès aux droits. Si elle est parfois associée au terme de « *quart-monde* » introduit par Joseph Wresinski en 1969, elle ne se limite pas à la seule dimension financière. (1)

Dans les travaux récents, la grande précarité est essentiellement définie à travers la problématique du logement. Elle recouvre la notion de sans chez-soi, englobant aussi bien les personnes sans domicile que celles hébergées temporairement ou vivant dans des conditions instables. (2)

A l'échelle européenne, la typologie ETHOS (*European Typology on Homelessness and Housing Exclusion*) fournit un cadre de référence structuré en 12 catégories d'exclusion liée au logement, permettant d'évaluer le degré de précarité selon ce prisme. (3)

En 2024, la France comptait 300 000 personnes sans domicile (4), soit 2 fois plus qu'en 2012 (5). Parmi elles, 200 000 sont sans-abri ou hébergées dans des structures de courte durée (4). Les personnes sans-abri présentent une surmortalité estimée entre 3 à 10 fois supérieure à celle de la population générale (6).

Ces populations sont particulièrement exposées aux inégalités sociales de santé, définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme des injustices évitables (7). Leur accès au soin est entravé par des freins structurels, économiques, mais aussi relationnels. En effet, les représentations des médecins vis-à-vis des personnes en situation de grande précarité peuvent influencer la qualité de la relation de soin et les décisions cliniques. Cela peut conduire à un renoncement aux soins et aggraver les inégalités sociales de santé (8).

Explorer les représentations des médecins généralistes, acteurs du soin de premier recours, est donc un levier d'action pour améliorer l'équité et la qualité des soins.

Dans ce contexte, le département d'Eure-et-Loir se distingue par une situation particulièrement préoccupante : au 1^{er} janvier 2023, il comptait 86 médecins généralistes pour 100 000 habitants, ce qui en fait le département avec la plus faible densité de généralistes de la région Centre-Val de Loire, elle-même la région la moins dotée de France métropolitaine (9).

Dans un tel contexte d'accès aux soins déjà dégradé, les difficultés rencontrées par les personnes en situation de grande précarité sont probablement encore plus marquées. Pourtant, à ce jour, aucune étude n'a été menée sur cette problématique dans ce territoire.

L'objectif de cette étude était donc d'explorer les représentations qu'ont les médecins généralistes d'Eure-et-Loir sur la prise en soin des patients en situation de grande précarité.

II. MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative, s'inscrivant dans une démarche inductive inspirée de la théorisation ancrée. Cette approche était particulièrement adaptée à l'exploration des représentations des médecins généralistes concernant la grande précarité. Elle permettait de faire émerger progressivement des catégories conceptuelles à partir des entretiens, sans cadre théorique prédéfini. Elle visait à terme l'élaboration d'un modèle explicatif à partir des données.

2.2 Population

Un échantillonnage raisonné a été mis en œuvre visant à sélectionner intentionnellement des participants en fonction de leur capacité à éclairer la question de recherche. L'objectif n'était pas la représentativité statistique requise en recherche quantitative. Les critères d'inclusion étaient les suivants : être médecin généraliste et exercer la médecine générale en Eure-et-Loir. Les critères d'exclusion étaient : les médecins généralistes n'exerçant pas dans le domaine de la médecine générale et toute personne opposée au traitement des données. Le recrutement visait à obtenir une hétérogénéité maximale en termes de lieu et de type d'exercice, d'ancienneté et de caractéristiques de patientèle. Les participants ont été recrutés par contact direct, via des appels téléphoniques ou des messages écrits, à partir du réseau professionnel. L'inclusion s'est déroulée de manière progressive et itérative, en tenant compte des éléments émergents de l'analyse au fur et à mesure de l'avancée du recueil. L'échantillon final était constitué de 10 médecins généralistes. La saturation des données a été atteinte au neuvième entretien, aucun nouvel élément ne venant enrichir l'analyse. Un dixième entretien a été mené afin de confirmer la saturation.

2.3 Recueil des données

Les données ont été recueillies par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés, permettant de structurer les échanges tout en laissant une liberté de parole aux participants. Un guide d'entretien a été élaboré à partir des éléments issus de la littérature. Le guide a été ajusté après le deuxième entretien afin d'approfondir l'exploration des représentations. Les entretiens ont été menés entre mai et décembre 2024. 7 entretiens ont été réalisés dans les cabinets médicaux ou aux domiciles des participants, cela favorisait un climat de confiance propice à l'exploration des représentations. 3 entretiens ont été réalisés par appel téléphonique en raison des contraintes de disponibilités des médecins. Tous les entretiens ont été conduits par l'auteure, ce qui a permis de maintenir une cohérence dans le recueil des données. Chaque entretien a été enregistré avec 2 supports : téléphone et tablette, avec l'accord préalable du participant. Les enregistrements ont été retranscrits intégralement, incluant les hésitations, les silences et les émotions des participants. Un carnet de bord a été tenu tout au long du recueil, consignait les conditions des entretiens, les réactions observées et les impressions de la chercheuse, dans une logique réflexive.

2.4 Analyse des données

L'analyse des données a été conduite selon une méthode d'analyse thématique inductive, en cohérence avec l'approche qualitative choisie. Cette analyse a été menée de façon itérative et simultanée au recueil des données, permettant un aller-retour constant entre le terrain, les hypothèses et les résultats. Chaque entretien a été intégralement retranscrit en verbatim puis relu à plusieurs reprises pour permettre une familiarisation progressive avec le corpus. Cette étape a permis d'ajuster le guide d'entretien et de faire évoluer les hypothèses initiales. L'étape suivante a consisté en un codage initial sous forme d'étiquettes expérientielles. Chaque segment de discours jugé significatif a été annoté à l'aide d'une étiquette reflétant le sens exprimé par le participant. Ce codage a été initié sur la plateforme Tagette, puis poursuivi sur le logiciel Atlas.ti facilitant la visualisation et l'organisation des étiquettes. Les 2 premiers entretiens ont fait l'objet d'un codage croisé avec le directeur de thèse afin d'éviter une éventuelle surinterprétation de la chercheuse. Les étiquettes ont ensuite été regroupées manuellement en propriétés, c'est-à-dire en ensembles de sens homogènes, puis organisées en catégories thématiques. Ces catégories ont permis de structurer les résultats en axes de sens et ont constitué la base de la présentation des résultats.

2.5 Aspects éthiques et réglementaires

Un consentement éclairé a été obtenu auprès de chaque participant, formalisé par une feuille de consentement signée en double exemplaire après la lecture d'une fiche d'information relative à l'étude. La confidentialité a été respectée : les données ont été anonymisées, les prénoms remplacés par des identifiants alphanumériques de N1 à N10, et tout élément potentiellement identifiable a été supprimé. Un fichier sécurisé était conservé avec la correspondance des identifiants aux noms et prénoms des participants. L'étude a fait l'objet d'une déclaration auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), elle a été enregistrée dans le registre des traitements informatiques du C.H.R.U de Tours sous le n°2024_095.

III. RESULTATS

3.1 Description de la population étudiée

Participant	Âge	Sexe	Lieu d'exercice	Type d'exercice	Activité spécifique	Expérience avec la précarité	Langues
N1	60	F	Urbain	Salariat	CCAS	Oui	Notions d'anglais et d'allemand
N2	58	H	Urbain	Mixte	CCAS	Oui	Notions d'anglais et d'allemand
N3	29	H	Urbain et rural	Mixte	PASS et CADA	Oui	Anglais
N4	42	F	Rural	Libéral	Patients en réinsertion sociale	Peu	Espagnol et anglais
N5	69	H	Urbain	Libéral	Humanitaire	Peu	Anglais, notions de malgache et arabe dialectal marocain
N6	45	F	Urbain	Libéral		Oui	Arabe, kabyle et notions d'anglais
N7	43	F	Urbain	Mixte	CADA	Oui	Anglais
N8	68	H	Rural	Libéral		Non	Italien, anglais, notions d'allemand et d'espagnol
N9	50	H	Urbain	Libéral		Non	Notions d'anglais et d'espagnol
N10	69	H	Urbain	Libéral	Médecin du sport	Non	Anglais, portugais, notions d'allemand

La moyenne d'âge des participants était de 53 ans.

La durée moyenne des entretiens était de 45 minutes, allant de 23 minutes à 1h23, avec un total de 7h36 d'enregistrement.

3.2 Représentations de la grande précarité chez les médecins généralistes

3.2.1 Diversité des figures de la précarité : entre stéréotypes et expérience vécue

Les médecins décrivaient différents profils de personnes en situation de grande précarité issus de leurs représentations sociales et de leurs expériences.

3.2.1.1 Les grands précaires « locaux »

Certaines personnes en situation de grande précarité étaient perçues par les médecins généralistes comme étant d'origine française. Ces profils décrits par N1 comme étant de « chez nous », semblaient partager des caractéristiques communes.

3.2.1.1.1 Les personnes en situation d'addiction

Parmi les figures les plus fréquemment citées, les personnes présentant des conduites addictives telles que l'alcool et les drogues apparaissaient comme typiques de la grande précarité locale. « *C'est des gens très souvent toxicomanes ou alcoolo-tabagiques* » N4

3.2.1.1.2 Une précarité perçue comme choisie

Certains médecins mettaient l'accent sur les situations où la précarité semblait relever d'un choix de vie, décrivant des personnes ayant délibérément renoncé à travailler. « *Sauf ceux qui ont décidé que de toute façon ils travailleraient pas et puis voilà... ceux-là ne sont pas en précarité, c'est un choix de vie en fait...* » N8

3.2.1.1.3 Le précaire perçu comme profiteur

Certains médecins décrivaient des patients en situation de précarité perçus comme profitant abusivement du système de soins. L'incohérence entre l'aide reçue et le niveau de vie apparent était parfois perçue comme un signe de détournement des dispositifs. « *En France on a malheureusement des très bonnes idées mais elles sont jamais respectées, définies, parce que moi j'ai eu des patients qui roulaient en Mercedes qui avaient la CMU* » N10

3.2.1.1.4 Les personnes sans-abris marginalisées

La figure du sans-abri vivant à la rue faisait également partie des figures les plus fréquemment citées. Ces personnes étaient perçues comme vivant en marge de la société. « *Donc je dirais que la caricature c'est : la personne dans la rue désocialisée marginale, le SDF clairement...* » N4

3.2.1.1.5 La précarité post-incarcération

La sortie de prison apparaissait comme un facteur de bascule dans la précarité.

« Il y a souvent des gens qui ont fait de la taule aussi, enfin qui ont fait de la prison... » N2

3.2.1.2 Les migrants

En parallèle avec les grands précaires « locaux », les médecins évoquaient des situations spécifiques aux migrants.

3.2.1.2.1 La précarité liée au statut administratif

Certains médecins décrivaient les personnes en situation irrégulière sur le territoire comme inexistantes au niveau administratif. Cela les empêchait d'accéder aux possibilités de prise en charge du droit commun.

« Il y a aussi... bah le statut légal hein : quelqu'un qui est par exemple sans papier va pas avoir accès à pas mal de choses hein, du fait même qu'il n'existe pas en fait hein... » N8

3.2.1.2.2 Une perception relative de la précarité

Selon les médecins, ces personnes avaient une perception relative de leurs conditions de vie en France, par rapport à leur famille restée au pays d'origine. Cela modifiait leurs repères par rapport à la notion de précarité.

« Je pense qu'eux ne se jugent pas forcément en grande précarité, parce qu'ils voient que leur propre famille en Afghanistan ou dans d'autres pays vivent dans des conditions beaucoup plus précaires » N7

3.2.1.2.3 Le rôle protecteur de la famille

N7 souligne aussi le rôle protecteur de la famille chez les personnes en situation de migration en manque de repères. La famille a un rôle de soutien dans la situation de précarité.

« La plupart du temps c'est des familles nombreuses, et ils sont plutôt bien entourés, ils ont pas l'air de souffrir de tout ça. »

3.2.1.2.4 Le poids du psycho traumatisme

Parmi les migrants, certains médecins évoquaient surtout ceux ayant eu des traumatismes dans leur pays d'origine ou durant le voyage migratoire. Ce psycho traumatisme était source de fragilité aggravant la situation de précarité.

« Bah les archétypes oui c'est le migrant mais surtout s'il a un traumatisme psychologique sur son parcours migratoire ou qui a motivé son départ de son pays d'origine » N3

3.2.1.2.5 Le migrant volontaire

Plus loin, N1 décrivait la personne en situation de migration comme proactive, ayant la volonté de sortir de sa situation.

« Il y en a qui sont très volontaires, peut-être là si je regarde plus le côté des migrants, je pense que pour la majorité de ceux que j'ai rencontrés, voilà ils sont vraiment dans le désir d'avancer, de s'en sortir »

N1 opposait cette image des personnes migrantes par rapport aux personnes en situation de précarité et perçues comme étant d'origine française.

« Pour ceux qui sont peut-être un peu plus chroniquement à la rue, chez nous, et notamment encore une fois, les addicts... c'est moins net »

3.2.1.2.6 Un manque de repère

La perte de repère lors de l'arrivée dans le pays d'accueil était perçue comme un facteur favorisant la situation de précarité.

« Déjà c'est pas simple quand on arrive dans un pays où on connaît personne, et on n'a pas de lien » disait N4 au sujet des personnes en situation de migration.

3.2.1.2.7 La barrière culturelle et linguistique

La barrière de la langue et les différences culturelles étaient perçues comme un frein à l'accès aux droits.

« La difficulté à être en communication avec les gens qui sont autour et puis à faire les démarches qui sont nécessaires à faire, ouais je le mettrais aussi à un niveau assez élevé plutôt du côté de la grande précarité ça quand même » N1

3.2.1.3 La précarité du quotidien

Certains médecins évoquaient des formes de précarité moins visibles, inscrites dans le quotidien.

3.2.1.3.1 L'isolement familial et social

L'isolement affectif et relationnel de certains patients âgés était perçu comme accentuant leur précarité au quotidien.

« Personnes isolées, âgées (...) Donc ça c'est une précarité d'isolement, mais c'est une grande précarité quand même » N9

3.2.1.3.2 Les femmes victimes de violences

Les femmes victimes de violence et en situation de vulnérabilité étaient décrites comme un profil fréquemment retrouvé en lien avec la précarité.

« La femme qui avait ben qui était mariée et qui se faisait taper dessus et puis que le mari a foutu à la porte à un moment donné, parce que c'était lui qui travaillait, puis elle elle était là pour élever les enfants » N5

3.2.1.3.3 La précarité des quartiers

Certains médecins associaient la précarité à des territoires spécifiques.

« Si on a un cabinet qui se retrouve dans des zones vraiment... dans des ZEP, des choses comme ça » N8

3.2.1.3.4 Le manque de moyens financiers

Pour les médecins, la dimension financière était un élément central de la définition de la précarité, même si d'autres dimensions existaient.

« Il y a la précarité financière, mais qui est peut-être pas, en tout cas c'est rarement le seul élément qui fait que les gens sont en précarité » N2

3.2.1.3.5 Le travailleur précaire

La figure du travailleur précaire illustrait une précarité moins visible, caractérisée par un revenu insuffisant et une inéligibilité aux aides.

« Les fameux qui sont entre 2 tu sais, qui sont trop entre guillemets « riches » pour avoir des aides, et pas assez pauvres... » N8

3.2.1.3.6 La précarité affective

La perte de l'estime de soi était décrite comme un facteur puissant de précarité.

« Et puis y a la précarité affective, comme je le disais où... en fin de compte je pense que c'est la pire des manques, le pire des manques, parce que... quand on a une estime en fait hein, une affectivité suffisante, on peut rebondir malgré tout, mais quand on croit plus en soi... » N8

3.2.1.3.7 La précarité numérique

La précarité numérique était perçue comme un frein à l'accès au soin.

« Actuellement tout se fait par ordinateur et je pense que la précarité numérique effectivement elle est là de par l'âge, et puis d'un point de vue financier ça a un coût aussi donc voilà » N9

3.2.1.3.8 La précarité éducative et intellectuelle

Le manque de ressource des parents pour favoriser l'émancipation éducative et intellectuelle des enfants était perçu comme un facteur pouvant amener à la précarité.

« Grande précarité c'est aussi ne pas avoir accès à toutes les possibilités intellectuelles qu'on peut avoir (...) Il est possible que dans la grande précarité, les parents n'aient pas les possibilités intellectuelles de faire évoluer leurs enfants... » N5

3.2.1.3.9 Le manque de ressources psychiques

Le manque de ressources psychiques permettant de surmonter une souffrance psychologique était perçu comme un élément central de la grande précarité.

« La grande précarité je pense que c'est (...) surtout les ressources intérieures. Et que la première des grandes précarités c'est les souffrances psychologiques et celles que les gens n'arrivent pas à surmonter. C'est presque ça ma définition de la grande précarité. » N3

3.2.2 Des difficultés multidimensionnelles dans la prise en soin

La majorité des médecins décrivaient une prise en charge complexe par l'accumulation de difficultés qui touchaient à la fois le patient, le médecin et la relation de soin. N1 parlait d'une dynamique « *d'engrenage* » où chaque difficulté entraîne une autre, dans un mouvement descendant difficile à stopper.

3.2.2.1 Consultations complexes et difficultés cumulées

La prise en soin dépassait le cadre médical, elle s'inscrivait souvent dans une approche bio-psycho-sociale.

3.2.2.1.1 Sociales

L'absence de soutien social en médecine de ville rendait la prise en charge plus difficile pour une majorité des médecins.

« C'est la difficulté que j'ai retrouvée plus en libéral, parce qu'en hospitalier en gériatrie y a une assistante sociale : dès qu'il y a un souci, c'est l'assistante sociale qui va s'en occuper, et là je sens un peu euh... limite une difficulté dans ce contexte-là » N6

3.2.2.1.2 Financières

Les médecins évoquaient une précarité financière atténuée grâce aux dispositifs d'aide existants, sous réserve qu'ils soient accessibles aux patients.

« Les précarités financières au niveau du... je parle des soins hein, au niveau des soins : en France on a quand même cette chance-là, c'est qu'on peut quand même les soigner sans que ça coûte » N9

3.2.2.1.3 Psychologiques

Les médecins soulignaient la fréquence des troubles psychiques liés aux traumatismes nécessitant une prise en charge spécifique parfois difficile à organiser.

« Parce que il faut du suivi psychologique, c'est souvent des gens qu'ont eu des traumatismes » N4

3.2.2.1.4 Conséquences multiples de la précarité sur la santé

La précarité était perçue comme ayant un impact sur la santé physique et mentale.

Le mode de vie et le stress étaient des facteurs favorisant cet impact, notamment sur la santé mentale et les addictions.

« Le lien il fait aucun doute et puis certainement qu'après, les questions d'insécurité génèrent ou majorent, en tout cas sûrement, les problématiques psychiatriques et d'addictologie » N1

Le retard diagnostique était également évoqué, en lien avec le fait que les patients ne consultent souvent qu'à un stade avancé, lorsque les symptômes deviennent importants.

« Ils vont consulter pour des symptômes importants, et qui dit « symptômes importants » peut dire « retard de diagnostic » pour certaines maladies » N4

La difficulté d'accès aux soins, notamment aux soins dentaires et de lunetterie étaient souvent abordée.

« Des soins dentaires, des soins de lunetterie particuliers, des choses comme ça... bon, voilà c'est peut-être considéré comme du luxe voilà » N1

3.2.2.1.5 Isolement géographique et mobilité

L'éloignement géographique associé à un manque de moyen de transport rendait l'accès aux soins difficile.

« L'isolement géographique il fait que la distance pose un souci, puisque potentiellement si on est en précarité on n'a pas d'argent pour se déplacer non plus. » N4

3.2.2.1.6 Consultations chronophages et complexes

Les médecins décrivaient des consultations complexes avec une accumulation de problématiques difficiles à aborder dans le temps disponible pour une consultation.

« Souvent c'est des récits complexes, encore une fois qui sont imbriqués avec des événements traumatisants souvent, ou un vécu traumatique d'événements passés et... bon un terrain d'addicto aussi mais surtout... tu vois tu peux pas gérer ça en consultation, le plan addicto, le plan psychiatrique, tout ça en 20 min, c'est pas possible... » N3

3.2.2.2 Des difficultés relationnelles

Les difficultés relationnelles étaient souvent rapportées lors des premières consultations et tendaient à s'atténuer avec le temps, les médecins adaptant progressivement leur posture.

3.2.2.2.1 Faible niveau de littératie

Les médecins adaptaient leur langage devant des patients dont la compréhension du discours médical était limitée.

« Bah on utilise des mots moins complexes ou moins... je parle par rapport à... quand on sent que ça ne comprend pas bien voilà quoi, donc ça on va s'adapter là-dessus » N9

3.2.2.2.2 Patients peu plaintifs

Les patients étaient souvent décrits comme peu demandeurs, ce qui rendait difficile l'identification de leurs besoins réels. Cette particularité était interprétée comme une manière de préserver leur dignité.

« Et il faut être très prudent avec ces gens-là, parce qu'ils ne sont pas demandeurs comme les autres, ils sont beaucoup moins demandeurs, justement... donc il faut savoir aller débusquer les problèmes qu'ils ne veulent pas... qu'ils ne veulent pas montrer. Je crois que c'est la dignité qui leur reste. » N5

3.2.2.2.3 Barrière culturelle et linguistique

La perception d'une différence culturelle et la barrière linguistique compliquait parfois la relation de soin par difficulté de compréhension mutuelle.

« Parfois il y a des plaintes dans certains pays qui sont un peu récurrentes, et que nous on comprend pas de la même façon parce qu'on n'a pas la même la même éducation ou le même vécu en fait, de la douleur ou du soin... » N4

3.2.2.2.4 Rapport au corps

Le rapport au corps pouvait constituer un frein à l'accès aux soins, notamment en raison d'une pudeur marquée ou d'une difficulté à se dévêtir vécue parfois comme une forme de violence. Cette difficulté limitait la possibilité d'un examen clinique complet.

« Se déshabiller c'est violent quoi. Donc sûrement ça, donc forcément ça limite un petit peu le champ de ce qu'on peut faire parce que c'est quand même important de pouvoir examiner les gens et... enfin non seulement pour les informations que ça permet de recueillir, mais aussi parce que dans la relation et dans la prise de conscience de... justement de ce dont on veut prendre soin, c'est à dire aussi leur corps quoi... » N1

3.2.2.2.5 Violence

Les situations de violence en consultation ont été peu évoquées.

« Alors moi j'en vois plus de drogués plus jamais, je leur ai dit que je ne voulais plus m'occuper d'eux, enfin que je ne savais pas faire, c'était parce que... y'en a un qui voulait brûler ma maison, tuer mes enfants, j'ai dit bon terminé » N10

La majorité des médecins décrivaient des patients plutôt calmes et compliants.

« Moi la difficulté du danger... enfin ou de l'insécurité, je ne l'ai pas ressentie du tout (...) c'est pas des gens qui sont agressifs... ou fin moi, j'ai toujours trouvé que c'était des gens plutôt gentils, un peu réservés, assez... faciles finalement... ouais, des gens assez faciles mine de rien à... euh... à manier dans la consultation en fait. » N4

3.2.2.2.6 Le manque d'hygiène

Des médecins ont évoqué des consultations avec des personnes en situation de précarité ayant un manque d'hygiène. Cela était initialement décrit comme un frein mais qu'ils arrivaient à dépasser.

« Bah les premières fois euh... j'ai vite dépassé ça, mais les premières fois je trouvais que c'était d'abord l'odeur, c'est vrai que c'est parfois un peu... c'est bête hein, mais c'est quand même un frein à la relation... » N2

3.2.2.2.7 Le manque de ponctualité

Le manque de ponctualité a été mentionné par un seul médecin.

*« Mmm, la ponctualité *rire*. Il y a pas beaucoup de monde avec de la ponctualité. » N7*

3.2.2.3 Des difficultés émotionnelles pour le médecin

La prise en soin des patients en situation de grande précarité générait des émotions qui poussaient les médecins à s'interroger sur leurs limites.

3.2.2.3.1 Sentiment d'impuissance

Devant ce sentiment d'impuissance, certains médecins adoptaient une posture d'acceptation des limites de leur action, reconnaissant qu'ils ne pouvaient pas toujours offrir une prise en charge optimale.

« La difficulté c'est aussi d'accepter ben... d'être un peu humble en fait, et d'accepter de pouvoir faire un travail un peu inachevé (...) « c'est toujours un petit plus pour leur santé », et il faut accepter de pas faire les choses de façon optimale hein... » N4

D'autres exprimaient une forme de frustration, menant à renoncer à la prise en soin des patients en situation de précarité.

« Moi je trouve qu'on n'a pas de résultat, c'est pour ça que j'admire les gens qui font de l'addicto parce que c'est vivre dans l'échec quasiment en permanence, et ça moi j'aime pas trop. » N10

3.2.2.3.2 Distance émotionnelle

Certains médecins rapportaient une difficulté à maintenir une distance émotionnelle face à des situations marquantes.

« Quand je sens que je vais avoir du mal à mettre mes émotions, donc un peu trop d'implication parfois ou trop de... voilà, pas assez de distance » N1

3.2.2.4 Des difficultés liées au parcours de soin

L'accès aux soins était entravé par de nombreux freins, ce qui contribuait à la dégradation de l'état de santé.

3.2.2.4.1 Le cercle vicieux précarité et mauvaise santé

La précarité et l'état de santé se renforçaient mutuellement dans un cercle vicieux.

« Plus la précarité est importante, plus l'état de santé se dégrade. Puisqu'on peut pas bien manger, on peut pas aller faire le sport qu'on veut, on peut pas faire tout ce qu'on veut... et donc ça joue aussi beaucoup sur le moral, la dépression, donc plus on est dans la précarité moins la santé est bonne... et c'est un cercle vicieux. » N7

3.2.2.4.2 Manque de suivi

Les médecins avaient des difficultés à suivre les patients de façon régulière.

« Des fois on les voit, et puis on a un peu du mal à les capter, on a du mal à faire un suivi en fait... donc ça c'est difficile de faire un suivi. » N3

3.2.2.4.3 Non-recours aux soins

Malgré l'existence de dispositifs d'aide permettant la gratuité des soins, certains patients ne consultaient pas. Ce non-recours était perçu comme multifactoriel : il pouvait relever d'un renoncement conscient, par pudeur, mais aussi d'un non-recours involontaire, lié à un manque d'éducation à la santé ou à une absence d'information sur leurs droits de santé.

« Je pense qu'ils ont aussi cette retenue de ne pas aller chez le médecin quand même, malgré cette gratuité des soins. Alors est-ce que c'est une forme de pudeur je sais pas... je sais pas, ou alors peut être un manque d'éducation, c'est à dire qu'on ne leur apprend pas, on leur dit pas qu'il faut qu'ils se soignent, peut-être qu'ils n'ont pas non plus accès à cette information, je pense que c'est multifactoriel » N5

3.2.2.4.4 Difficulté d'accès aux soins

Les freins à l'accès aux soins étaient soulignés par plusieurs médecins qui reconnaissaient une limitation dans leur capacité d'action dans le soin.

« Les difficultés liées à l'accès aux soins et à une certaine limitation quand même de l'accès aux soins, enfin voilà, on peut pas tout à fait tout faire non plus. » N1

3.2.2.4.5 La santé n'est pas une priorité

Les préoccupations de survie prenaient souvent le dessus sur la santé, surtout quand celle-ci n'était pas perçue comme immédiatement problématique.

« Quand on se pose la question de ce qu'on va donner à manger à ses enfants ou de où on va dormir ce soir, il est bien évident que la préoccupation générale de la santé elle est très au 2nd ou même au 3e au 4e plan » N1

3.3 L'évolution du regard du médecin à l'épreuve de la précarité

3.3.1 Les influences qui façonnent les représentations du médecin et les facteurs d'engagement

Les représentations du médecin se construisaient progressivement, nourries par son histoire personnelle, sa formation et par l'influence de la société. Certaines influences motivaient leur engagement auprès des personnes en situation de précarité.

3.3.1.1 Des préjugés issus des milieux éducatif et culturel

Certains médecins évoquaient la persistance des préjugés issus de leur éducation parfois en décalage avec leurs valeurs professionnelles.

« Je pense parce qu'on a des productions qui viennent de notre éducation indépendamment de nos études et de l'objectivité qu'on doit garder en fait, on l'est jamais vraiment » N3

3.3.1.2 L'impact des stages

La formation durant les stages pendant les études de médecine était perçue comme ayant un impact dans la construction des représentations liées à la précarité.

« Montrer aux étudiants que ça peut se prendre en charge, que c'est des personnes comme les autres et que... et qu'on peut les aider et qu'ils peuvent le rendre au centuple quoi, ça c'est aussi un rôle pendant les études » N3

3.3.1.3 L'influence des expériences personnelles

Avoir vécu des situations de prise en charge difficiles pouvait amener les médecins à éviter de suivre certains patients.

« J'ai retenu la leçon, et donc je vois plus jamais, plus jamais, plus jamais quelqu'un pour du Subutex ou des trucs comme ça » N10

3.3.1.4 L'indifférence de la société

Les représentations des médecins s'inscrivaient dans un climat social perçu comme indifférent vis-à-vis des personnes en situation de précarité.

« On ferme les yeux là-dessus et... y aurait des choses à faire, mais bon » N8

3.3.1.5 Les convictions religieuses

Chez certains, l'engagement était guidé par des convictions religieuses qui donnaient du sens à leur pratique.

« C'est aussi motivé par des convictions philosophiques et aussi... religieuses, voilà. » N2

3.3.1.6 Les valeurs humanistes

D'autres rapportaient un attachement aux valeurs humanistes les poussant à rester au contact de la réalité des plus fragiles.

« Avoir toujours les pieds sur terre, d'être en contact avec ces réalités-là. » N2

3.3.1.7 L'identification au vécu du patient

L'identification à l'histoire du patient pouvait favoriser un engagement plus fort.

*« Elle se sent dans l'incapacité de protéger ses enfants et ça c'est... c'est une douleur que je partage... *pleurs* »* N1

3.3.1.8 L'envie d'explorer d'autres pratiques

N3 exprimait une volonté d'élargir son expérience professionnelle dans le domaine de la précarité en s'orientant vers la PASS.

« C'est aussi pour ça que j'ai choisi la PASS et on va dire que... je voulais essayer des choses que je ne connaissais pas »

3.3.1.9 L'influence des pairs

N1 a été influencé par la pratique respectueuse d'autres professionnels de santé.

« En tout cas, sentir la délicatesse et le respect avec lequel ça se faisait ça m'avait beaucoup touchée »

3.3.2 Le changement de regard : une évolution dans la posture du médecin

Certains médecins disaient avoir évolué dans leur posture et leur pratique après avoir côtoyé des patients en situation de précarité.

3.3.2.1 Dépasser ses préjugés dans une démarche d'acceptation de l'autre

Le contact avec les patients favorisait chez certains médecins une remise en question de leurs représentations initiales, les amenant à adopter une posture plus ouverte, fondée sur l'acceptation de l'autre tel qu'il est et de ses différences.

« Et je pense que ça m'a fait évoluer sur cette position, être plus ouvert et me détacher du jugement (...) C'est ça quand je te parle de déconstruire et de changer mon approche » N3

3.3.2.2 Agir avec respect et empathie

L'expérience aidait certains médecins à adopter une posture plus bienveillante et empathique envers les patients en situation de précarité, en s'efforçant de dépasser les jugements préétablis.

« *Et puis aussi de rester dans l'empathie, la bienveillance et de pas avoir de jugement préétabli sur ces gens-là* » N2

3.3.2.3 S'intéresser au patient dans sa globalité

Certains médecins décrivaient une évolution de leur pratique vers une approche plus globale, centrée sur la personne dans son ensemble plutôt que sur le seul motif médical.

« *Je construis ma consultation différemment, souvent je les revois et souvent je prends 20 min au départ où je ne m'intéresse pas au problème et je m'intéresse à la personne.* » N3

3.3.2.4 Mesurer l'importance de l'écoute

Certains médecins disaient accorder davantage d'importance à l'écoute.

« *Je pense que j'ai mis en place aussi inconsciemment sur ces situations d'écoute : c'est le silence aussi, je suis beaucoup plus à l'aise avec le silence que je ne l'étais avant, j'apprends à écouter* » N3

3.3.2.5 Prendre conscience que la précarité peut toucher tout le monde

Certains médecins disaient avoir pris conscience, à travers leur pratique, que la précarité pouvait concerner toute personne. Cette représentation amenait à ne plus considérer la précarité comme une réalité extérieure mais comme une éventualité possible, y compris pour soi-même.

« *Et des fois je me dis "ça peut être toi demain"...* » N1

3.3.3 Le changement de posture : un impact positif dans la prise en soin

Pour certains médecins, le changement de posture a permis la construction d'un lien de confiance solide avec un impact positif à la fois pour le médecin et pour le patient.

3.3.3.1 Le rôle central du médecin référent pour renforcer la relation de confiance

Certains évoquaient l'importance du suivi médical en insistant sur le rôle central d'un médecin référent pour améliorer la qualité de la prise en soin.

« *Je pense qu'ils sont mieux suivis quand ils sont au sein d'une même structure, et quand il y a un médecin vraiment référent au sein de la structure, je pense que c'est surtout ça qui permet d'améliorer le soin et d'améliorer la prise en charge.* » N7

3.3.3.2 Pour le patient : une relation qui renforce l'estime de soi

Le regard bienveillant du médecin permettait de renforcer l'estime de soi du patient.

« Et puis de passer du temps avec eux, c'est autant qu'un médicament : parce que tu les respectes, et donc tu leur donnes une dignité, et c'est ça qu'ils ont perdu aussi » N8

3.3.3.3 Pour le médecin : une relation qui redonne du sens malgré les limites

Malgré le sentiment d'impuissance face aux limites de leur action, certains médecins disaient trouver du sens et se sentir utile en devenant un lieu d'écoute pour le patient.

« Le sentiment qu'on fait un petit bout de quelque chose pour ... adoucir un peu la vie de ces personnes, voilà, par le petit prisme qu'on a, à nous d'être au moins un lieu d'écoute à défaut d'être un lieu de... d'action extrêmement puissante. » N1

3.3.4 Les leviers facilitant la prise en soin

3.3.4.1 Les éléments perçus comme facilitant la prise en soin

Les médecins identifiaient plusieurs éléments facilitant la prise en soin des patients en situation de précarité allant de l'organisation du soin, à la connaissance des dispositifs existants ou du soutien apporté par le réseau professionnel et l'entourage du patient.

3.3.4.1.1 L'organisation du cabinet et de la consultation

Certains évoquaient l'importance d'un temps de consultation adapté à la complexité de la prise en soin.

« Parce qu'il faut du temps...il faut du temps, tu peux pas faire une consultation d'un quart d'heure/20 min avec des gens qui ont des polypathologies comme ça » N8

D'autres soulignaient l'importance de pouvoir se concentrer pleinement sur leur rôle médical grâce à la présence d'une infirmière et d'une secrétaire, à l'image de certaines structures comme la PASS.

« Je prends jamais de rendez-vous, je dis « il faut ce rendez-vous là » et puis c'est les filles qui font tout, tu vois... c'est un luxe oui. Les analyses me sont presque apportées sur un plateau d'argent (...) tous ces trucs-là qui en fait sont pas très marrants, et encore une fois hyper chronophages et énergivores... à la PASS c'est les filles qui s'occupent de tout ça quoi » N3

3.3.4.1.2 La connaissance des dispositifs en place

La connaissance des dispositifs médico-sociaux était perçue comme facilitant la prise en charge.

« On peut par exemple intervenir auprès du CCAS, du DAC 28 et tout ça » N6

La connaissance des structures d'accueil des femmes en situation de vulnérabilité également.
« C'est important ça aussi de savoir qu'il existe des structures pour les accueillir, pour accueillir les femmes seules, les femmes battues, les femmes avec des enfants... » N5

La connaissance du dispositif « Programme de réussite éducative » constituait un levier d'action pour aider l'enfant en souffrance scolaire et améliorer, indirectement, le bien-être des parents.

« Autour de cet enfant qui était en souffrance au niveau scolaire donc il y avait aussi des choses à voir... et la santé de la maman passait par un relatif meilleur bien-être de sa fille, donc c'était un autre levier on va dire à actionner » N1

Certains évoquaient le recours à l'interprétariat téléphonique comme aide technique lors des consultations avec des patients allophones.

« Maintenant on a aussi un système d'interprétariat à distance avec l'URPS, donc j'entre des codes et j'ai accès à ce système » N7

Et d'autres mentionnaient l'existence des équipes mobiles psychiatrie-précarité pour la prise en charge des patients en situation de précarité présentant des troubles psychiatriques, tout en reconnaissant ne pas bien connaître leur fonctionnement.

« Je sais qu'il y a l'équipe mobile de psychiatrie qui peut intervenir mais... j'ai pas encore beaucoup de connaissance de ce qu'ils font » N2

3.3.4.1.3 Le travail en réseau

Presque tous les médecins interrogés soulignaient l'importance du travail en réseau. Ils évoquaient particulièrement les centres de santé pluridisciplinaires, jugés plus adaptés que les cabinets isolés pour la prise en soin des personnes en situation de précarité.

« Je pense que ça reste quand même les centres comme il peut y avoir... soit à Chartres, soit les centres de santé... En fait comme c'est quelque chose de pluridisciplinaire, comme c'est une prise en charge à la fois... voilà, infirmière, psychologue, assistante sociale... je pense que ça se conçoit plus en centre plutôt qu'à l'échelle individuelle d'un cabinet de médecine générale » N4

Certains médecins s'appuyaient sur leurs contacts personnels au sein de l'hôpital pour faciliter des démarches comme les demandes d'hospitalisation.

« Si j'ai besoin d'hospitalisation rapide tu vois, maintenant j'ai mes contacts. » N3

La présence de relais sociaux était perçue comme un élément clé de la prise en soin des patients en situation de précarité. N1 allait jusqu'à distinguer la précarité de la grande précarité en fonction de leur existence : selon lui, l'absence de soutien de travailleurs sociaux plaçait le patient dans une situation de grande précarité.

« La difficulté à être en communication avec les gens qui sont autour et puis à faire les démarches qui sont nécessaires à faire, ouais je le mettrais aussi à un niveau assez élevé plutôt du côté de la grande précarité ça quand même. En tout cas, tant qu'on n'a pas encore en plus trouvé les relais... enfin je veux dire, après je mettrai dans les personnes en précarité peut-être les mêmes caractéristiques mais avec quand même quelques relais qui sont en place de travailleurs sociaux »

N7 travaillait en coordination avec la PASS et le Centre de vaccination.

« *Ils sont tous passés par la PASS avec le docteur X ou sur Châteaudun, et aussi en centre de vaccination* »

D'autres médecins disaient orienter certains patients vers des structures associatives pour faciliter l'accès à l'alimentation ou à l'alphabétisation.

« *Ça m'est arrivé de faire du lien avec les réseaux associatifs, aussi quand même... soit pour des accès pour la nourriture, soit pour (...) de l'alphabétisation ou des cours de français* » N1

3.3.4.1.4 La couverture santé

Les dispositifs de prise en charge des soins de santé étaient perçus comme des moyens d'atténuer l'impact de la précarité financière.

« *Je dirais que la précarité financière (...) enfin en médecine elle est un peu... enfin, gommée avec tout ce qui est tiers payant, CMU* » N9

3.3.4.1.5 L'entourage du patient

Pour certains médecins, l'entourage du patient était perçu comme un levier pour favoriser l'adhésion au soin.

« *Est ce que j'aurais pas dû prendre contact avec ses parents, tu vois ? Parce que ses parents sont en fait très présents tu vois, c'est l'inscrire dans son environnement pour mieux le soigner* » N3

Pour d'autres médecins, le recours à un proche permettait d'atténuer la barrière de la langue et faciliter la communication avec le patient.

« *Souvent on a un conjoint ou une amie qui parlent français, et ça permet de communiquer parce que... c'est pas toujours facile.* » N7

3.3.4.2 Les besoins exprimés pour une meilleure prise en soin

Les médecins exprimaient des besoins concrets pour adapter leur pratique et améliorer la qualité de la prise en soin.

3.3.4.2.1 Changement du discours politique et du regard sociétal

Certains médecins insistaient sur l'importance d'un changement de regard collectif sur les personnes en situation de précarité afin de lutter contre leur stigmatisation et favoriser l'accès aux soins.

« *Je pense qu'il faudrait aussi un changement de discours vis-à-vis de ces populations en situation de grande précarité, il y a une défiance de l'autre et je pense que ces personnes en situations de grande précarité en souffrent beaucoup... c'est ça aussi qui retarde leur accès aux soins* » N3

3.3.4.2.2 Favoriser l'accès aux soins

Les médecins évoquaient la nécessité de renforcer l'offre de soin pour les personnes en situation de précarité.

Cela passait d'abord par la formation d'un plus grand nombre de médecins.

« *D'autres médecins *rire** » N9

D'autres proposaient la mise en place de créneaux de consultations dédiés dans les cabinets de médecine générale.

« *Est ce que on pourrait pas mettre en place, je sais pas moi, 3 à 4 consultations par semaine dans chaque cabinet de médecine générale pour des gens justement en précarité* » N4

La valorisation des consultations complexes sur le plan financier était également évoquée pour encourager une prise en charge plus adaptée.

« *Oui la rémunération : une valorisation un peu de ces consultations* » N6

Enfin, certains médecins proposaient le développement d'initiatives mobiles dans une logique "d'aller-vers" en évoquant par exemple l'idée des bus de consultation ou la mobilisation d'infirmières libérales pour aller à la rencontre des personnes à la rue.

« *Pouvoir aller vers eux quoi, je sais pas trop comment ce serait possible... avec le bus de Nicolas ?* » N2

« *Ça pourrait parfois passer par des infirmières, mais les infirmières libérales je sais pas trop si elles interviennent comme ça dans la rue* » N2

3.3.4.2.3 Faciliter l'accompagnement social et l'accès aux droits

Les médecins insistaient sur la nécessité de faciliter l'accompagnement social en renforçant l'offre disponible.

« *Des travailleurs sociaux en plus* » N3

Le poste de médiateur de santé était considéré pour certains comme une solution idéale, permettant d'assurer le lien entre le patient et les professionnels, tout en facilitant le dialogue avec les médecins.

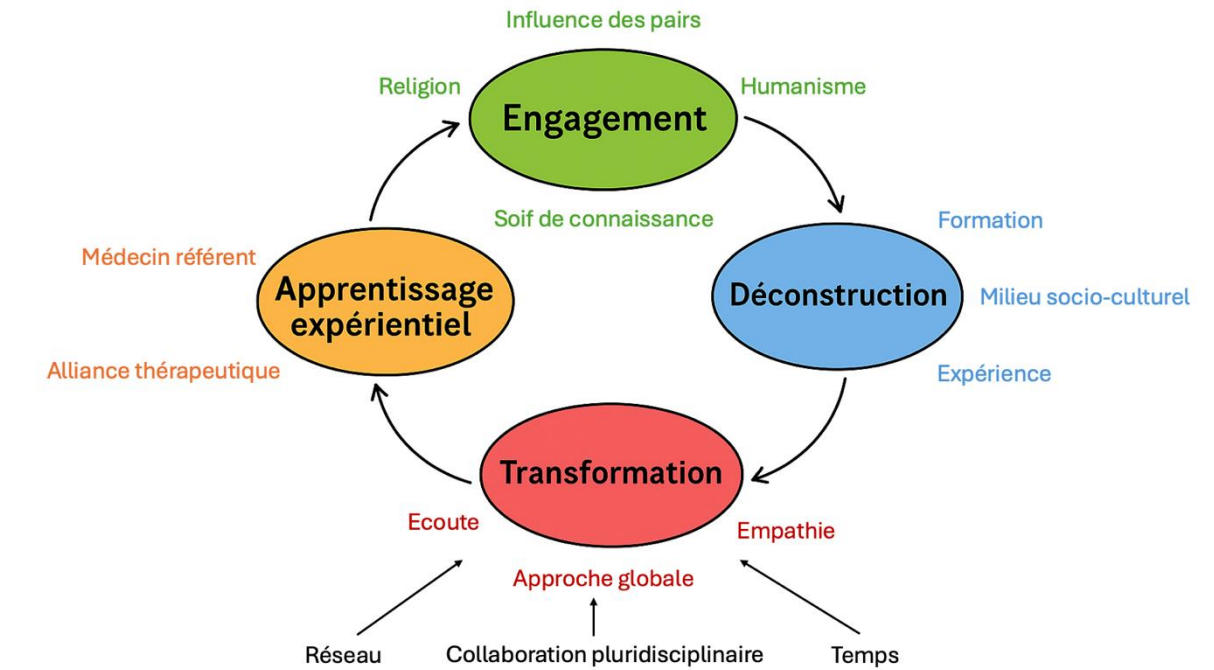
« *C'est la solution de luxe je dirais, médiateur en santé, c'est vraiment quelqu'un qui fait le lien, avec qui on est en dialogue aussi* » N2

La création d'un dispositif centralisé et facilement accessible, sous forme de « guichet unique », était évoquée comme une solution pour orienter efficacement les patients selon leur lieu de résidence et faciliter la mise en relation avec les services sociaux adaptés.

« *Une espèce de « CCAS-guichet unique » par exemple. C'est-à-dire on appelle un numéro et puis la personne « vous êtes sur quelle commune ? », machin et puis voilà... Et à ce moment-là ils ont des gens qui peuvent s'occuper d'eux quoi.* » N9

3.4 Résultat principal

3.4.1 Modèle explicatif : le cercle de la transformation



3.4.1.1 Une déconstruction des préjugés

L'un des premiers effets du contact avec les patients en situation de précarité est la prise de conscience de ses préjugés, souvent hérités du milieu socio-culturel. La formation professionnelle et les expériences personnelles vécues viennent aussi façonner ces représentations. La confrontation avec la réalité des patients en situation de précarité vient ébranler les représentations et initie un travail réflexif. Le contact répété avec les patients en situation de précarité est un levier dans la déconstruction des préjugés.

3.4.1.2 Une posture transformée

La déconstruction des préjugés conduit à un changement de regard porté sur le patient en situation de précarité. S'en suit un ajustement de la posture relationnelle où le respect, l'écoute et l'empathie occupent une place centrale. Le médecin prend de la distance sur ses représentations et s'intéresse au patient dans sa globalité. L'histoire du patient occupe une place tout aussi importante dans la prise en soin que la problématique biomédicale. Ce changement de perspective favorise une relation de soin plus humaine et plus solide.

3.4.1.3 Un apprentissage par l'expérience

Au fil des consultations, les médecins développent une forme de familiarité avec les situations complexes. L'apprentissage par l'expérience permet de développer des compétences techniques

et un réseau de professionnels intervenant dans la prise en soin globale du patient. Ces nouvelles compétences permettent à certains médecins d'acquérir une expertise dans la prise en soin des patients en situation de précarité. L'expérience facilite donc la relation avec le patient et favorise leur suivi. Certains deviennent donc leur médecin référent, l'alliance thérapeutique naît.

3.4.1.4 Un engagement renforcé à double bénéfice

Pour certains médecins, ce changement de regard renforce leur engagement, avec un effet bénéfique des deux côtés de la relation. Le patient est entendu, revalorisé, ce qui renforce son estime de soi. Le médecin découvre un sentiment d'utilité en apportant autre chose que l'aide technique habituelle : l'écoute.

3.4.1.5 Une transformation conditionnée par le contexte

Cette transformation n'est ni automatique, ni systématique. Elle est conditionnée par l'environnement d'exercice : le travail en équipe pluridisciplinaire avec un réseau de soutien, un cadre adéquat avec un temps de consultation suffisant. Sans ces leviers, la répétition des consultations peut au contraire renforcer un sentiment d'épuisement et de résignation.

IV. DISCUSSION

4.1 Comparaison avec la littérature

4.1.1 Le cercle de la transformation

Les médecins de cette étude décrivent un cheminement progressif dans leur rapport aux patients en situation de précarité. Ce cheminement consiste en une remise en question de leurs représentations initiales et un ajustement de leur posture relationnelle. Cette transformation semble liée à l'exposition répétée à des situations de précarité.

Ce résultat fait écho à celui de l'étude menée par Flye Sainte Marie et al sur les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients précaires. (10) Cette étude met en évidence 2 profils de médecins : les médecins peu confrontés à la précarité et les médecins qualifiés d'expérimentés, qui y sont confrontés quotidiennement. Les premiers expriment des difficultés dans le repérage et dans leur relation avec les patients en situation de précarité, ils se disent aussi mal informés sur les dispositifs de prise en charge sociale. Les deuxièmes développent des compétences spécifiques aux situations de précarité, une posture relationnelle ajustée, ainsi qu'un réseau de relais facilitant la prise en charge.

Cette distinction recoupe l'étape de l'apprentissage lié à l'expérience du cercle de la transformation, où l'expérience répétée de la précarité apparaît comme un moteur de changement. En effet, les médecins expérimentés ont des compétences relationnelles et techniques renforcées, une meilleure connaissance des ressources sociales et une plus grande facilité à travailler en réseau. Ce processus conduit à une socialisation professionnelle : le médecin apprend la précarité au contact des patients en situation de précarité. Cela contribue à améliorer la relation avec ces patients et donc leur accès au soin. Chez les médecins expérimentés la posture est moins défensive : les comportements tels que la passivité et l'agressivité qui sont perçus comme inappropriés chez le premier groupe, sont mieux compris et atténués par la construction d'un lien de confiance entre le médecin et le patient. Cela rejoint les étapes de déconstruction des représentations et de changement de posture décrites dans le cercle de la transformation.

Dans l'étude de Desprès sur les représentations des bénéficiaires de la CMU-C chez les professionnels de santé (11), l'auteure souligne que les préjugés sont plus fréquents chez les professionnels ayant peu de contact avec la précarité, ou ne disposant pas des « clés d'interprétation » pour comprendre certaines attitudes ou comportements des patients bénéficiaires de la CMU-C. A l'inverse, les médecins dont la trajectoire personnelle ou professionnelle les a exposés à ces réalités manifestent des postures plus nuancées, moins stigmatisantes, plus humanisantes. Cette observation va dans le sens du cercle de la transformation et renforce l'idée que l'expérience répétée auprès des personnes en situation de précarité constitue un levier de transformation dans les représentations et les pratiques. L'engagement des médecins dans la prise en soin des patients en situation de précarité semble corrélé à leur capacité à dépasser leurs préjugés et leur vision exclusivement biomédicale pour s'intéresser au patient dans sa globalité. Desprès évoque le *Cercle de la normalisation* de Goffman, selon lequel la familiarité avec la personne stigmatisée réduit les réactions stéréotypées. Cela est en cohérence avec notre modèle du cercle de la transformation : l'humanisation du patient en tant que personne à part entière et non réduit à sa situation de

précarité permet de passer d'une posture de méfiance, voire de résignation, à une posture d'écoute et de co-construction du soin. Ce changement de posture relationnelle est perçu comme bénéfique, tant pour le médecin que pour le patient. Il semble répondre aux attentes des patients qui valorisent la dimension humaine de la relation de soin. Marron-Delabre, dans son travail sur les attentes des patients en situation de précarité (12), souligne que cette dimension humaine du soin constitue un levier essentiel de l'alliance thérapeutique en contexte de précarité.

La proposition du cercle de la transformation est un modèle original. Bien que les éléments constitutifs du modèle aient déjà été documentés séparément dans la littérature, leur articulation en un processus dynamique semble constituer une lecture originale des effets de la précarité sur le médecin. Ce modèle pourrait enrichir la réflexion sur la formation des médecins en insistant sur la nécessité d'espaces de réflexion sur les représentations des médecins.

4.1.2 La grande précarité : un concept flou aux contours mal délimités

Les entretiens révèlent une difficulté des médecins à définir clairement la grande précarité. Les définitions sont multiples et les contours de la précarité mal définis.

Pierret (13) explique cette imprécision par l'hétérogénéité des populations concernées : « *le flou du contenant génère le flou du contenu* ». Ce flou rend le repérage des situations de précarité d'autant plus complexe, malgré l'existence d'outils objectifs comme le score EPICES. Bien que largement utilisé, le score EPICES montre une concordance faible à modérée avec l'évaluation spontanée des médecins (14). Cet écart entre évaluation objective et perception du médecin illustre la complexité du concept. Les médecins interrogés ne se reposent pas sur des critères standardisés mais sur des expériences cliniques ou des ressentis. L'étude sur les représentations des médecins généralistes concernant les femmes enceintes en situation de précarité (15) souligne le caractère profondément subjectif de cette notion. La précarité est définie selon les représentations du médecin, ses expériences professionnelles et son parcours personnel.

Plusieurs médecins interrogés définissaient la grande précarité comme étant une accumulation de fragilités (financière, relationnelle, affective ou intellectuelle). Cela fait écho à la définition proposée par Wresinski (16), pour qui « *la précarité ne se caractérise pas par une catégorie sociale particulière, mais résulte d'un enchaînement d'événements et d'expériences qui débouchent sur des situations de fragilisation économique, sociale et familiale* ». Ainsi, la précarité ne se réduit pas à la seule pauvreté économique. Elle devient grande pauvreté lorsqu'elle est durable, multidimensionnelle et empêche l'autonomie. Cette approche rejoint les propos des médecins, qui insistent sur le caractère pluriel et imbriqué des fragilités dans la grande précarité.

D'autres médecins insistaient sur le caractère instable, mouvant et imprévisible de cette situation. La précarité est perçue comme une menace pouvant concerner toute personne, indépendamment de son statut social. Elle est perçue comme un continuum, avec l'existence de plusieurs niveaux de précarité. Cela va dans le sens de Pierret (13), qui propose une distinction en 3 groupes : les « *protégés* », les « *précarisables* » et les « *précarisés* » qui reflète une dynamique, un processus dans lequel on peut glisser à tout moment. Certains médecins affirment que personne n'est à l'abri de la précarité, ce que Pierret qualifie de « *précarité de l'existence* » car la précarité n'est pas dissociable de l'individu : « *être un individu, c'est être précaire, être menacé de l'être, et tenter d'y résister en s'affirmant comme sujet, comme acteur personnel de sa propre existence* ». Le caractère dynamique de la précarité rejoint les propos

des médecins généralistes qui évoquent souvent la dynamique d'engrenage. La précarité ne se catégorise pas, elle s'ancre dans des trajectoires de vie discontinues marquées par l'incertitude, l'enchaînement de ruptures et l'accumulation de fragilités.

4.1.3 Dichotomie de la précarité et méritocratie

Les entretiens font émerger une opposition entre deux figures archétypales de la précarité : le « *migrant* », perçu comme volontaire, proactif et combatif et le « *précaire local* », souvent toxicomane ou sans domicile, perçu comme passif et désengagé. Cette représentation renvoie à un jugement moral dans lequel certains patients semblent mériter l'aide médicale, tandis que d'autres suscitent plus de distance. Cette méritocratie perçue engendre une ambivalence dans les attitudes des médecins : entre empathie envers les patients jugés combattifs, et jugement envers ceux perçus comme résignés.

Cette dichotomie est bien documentée dans la littérature.

Caroline de Pauw, dans son étude sociologique sur la prise en charge des personnes précaires en médecine générale (17), souligne cette dichotomie dans les discours de médecins ayant eux-mêmes connu des situations de précarité. Ces médecins attribuent leur propre réussite à leur combativité et projettent cette logique sur leurs patients. Une distinction nette apparaît entre les « *vrais précaires* », perçus comme dignes d'aide car victimes de circonstances extérieures (handicap, vieillesse...) et les « *faux précaires* », jugés responsables de leur situation par leur manque d'efforts pour s'en sortir. Ce jugement peut entraîner un désengagement médical voire un rejet de la part de certains médecins. Cela peut influencer directement la relation de soin en instaurant une hiérarchie implicite entre les patients. Ce positionnement peut également être interprété comme un mécanisme de défense face au sentiment d'impuissance du médecin.

Cette dichotomie n'est pas propre aux médecins expérimentés. Elle apparaît dès la formation, comme le suggère Flore Sabbah dans sa thèse sur les représentations des internes de médecine générale vis-à-vis de la précarité (18). Certains internes considèrent les patients précaires comme partiellement responsables de leur situation en raison de leurs choix de vie, reproduisant ainsi la distinction implicite entre « *bons pauvres* » volontaires et méritants et « *mauvais pauvres* » responsables de leur situation. Ce constat encourage la sensibilisation précoce à la précarité dans le parcours universitaire, afin de déconstruire les jugements dès le début de la formation. Les stages au contact de la précarité permettent une évolution dans la posture des internes : davantage d'aisance dans la relation de soin et une meilleure compréhension du contexte social des patients en situation de précarité (19).

La distinction entre le « *migrant* » et le « *précarisé local* » apparaît très clairement dans une étude canadienne menée à Montréal, portant sur les représentations des médecins généralistes sur la pauvreté (20). Cette étude met en évidence une dichotomie explicite entre 2 figures du patient précaire :

- Le « *migrant* », perçu comme légitimement pauvre en raison de psycho traumatismes, d'un exil contraint ou d'une méconnaissance du système de soin. Il suscite empathie et compréhension et son recours à l'aide sociale est jugé justifié.
- Le patient local, Québécois d'origine bénéficiant de l'aide sociale, souvent associé à des problématiques de toxicomanie ou de chômage longue durée. Il fait l'objet d'un jugement moral plus marqué. Il est perçu comme responsable de sa situation, passif voire manipulateur, donc moins légitime à recevoir l'aide. Certains médecins expriment une forme de lassitude face à ces patients qu'ils considèrent comme ayant les moyens de s'en sortir, mais refusant d'agir.

Ainsi, cette étude souligne l'existence d'un gradient d'empathie qui ne repose pas uniquement sur l'intensité de la situation de précarité, mais sur le jugement moral que les médecins en font : une précarité choisie ou subie.

4.1.4 Représentations en population générale

L'analyse des entretiens réalisés auprès des médecins généralistes d'Eure-et-Loir met en évidence des représentations de la précarité proches de celles décrites dans la population générale par M.Loison-Leruste dans sa thèse sur les représentations des riverains vivant à proximité de personnes sans domicile fixe (21).

Le premier point de convergence concerne la dichotomie de la précarité, la responsabilisation de certaines personnes dans leur situation de précarité et la méritocratie dans laquelle la légitimité à recevoir l'aide est conditionnée à l'idée de l'effort personnel. M.Loison-Leruste l'exprime ainsi : « *Les riverains discriminent entre ceux qui semblent refuser de travailler et ceux qui manifestent au contraire une volonté de trouver un emploi, entre ceux qui méritent une aide et ceux qui ne la méritent pas, entre le pauvre digne et le pauvre vicieux, comédien et profiteur* ». L'idée que la personne pourrait sortir de sa situation de précarité si elle fournissait l'effort nécessaire s'inscrit dans une représentation culpabilisante de la précarité, pouvant constituer un frein à l'engagement dans la relation. Elle peut conduire à un désengagement de certains médecins interrogés. La même attitude est retrouvée chez certains riverains vis-à-vis du « *SDF-responsable* ». Ainsi, la perception du précarisé désengagé peut conduire à des attitudes de mise à distance chez les médecins comme chez les riverains.

Autre point de convergence, l'ambivalence affective vis-à-vis des personnes en situation de grande précarité. Les médecins interrogés oscillent entre compassion, sens du devoir et épuisement psychique. Cette ambivalence est également retrouvée chez les riverains : on retrouve une tension interne entre la compassion qu'ils peuvent éprouver à l'égard des personnes SDF et le malaise voire le rejet que leur présence suscite au quotidien.

Une différence notable ressort dans les représentations : là où les riverains définissent la précarité avant tout à partir des signes visibles : vêtements, hygiène, comportement, présence dans l'espace public, les médecins s'appuient sur des signes plus subtils incluant des critères invisibles de la précarité tels que l'absence de ressources internes. Cette capacité à percevoir ces aspects subtils de la précarité semble lié à l'exercice médical lui-même, le cadre de la consultation favorisant une approche plus fine du patient et de la précarité.

Enfin, malgré leurs rôles distincts, médecins et riverains partagent certains freins relationnels. Le manque d'hygiène, souvent évoqué comme un indicateur visible de la précarité, suscite des affects négatifs tant chez les médecins que chez les riverains. La peur, l'incompréhension, les barrières culturelles sont autant de freins entrant en jeu dans la relation avec les personnes en situation de grande précarité. Chez les médecins, ces obstacles sont plus souvent surmontés avec le temps et l'expérience comme évoqué dans la première partie de la discussion.

Les médecins et les riverains partagent donc un socle commun de représentations vis-à-vis des personnes en situation de grande précarité. Ces points en commun s'appuient probablement sur des socles culturels communs, mais l'expérience clinique offre un accès privilégié à des dimensions plus complexes et plus subtiles de la précarité.

Serge Paugam propose un modèle intitulé « *La théorie des configurations d'attachement* » (22) pour comprendre comment les sociétés perçoivent les pauvres. Trois catégories du modèle de Paugam sont dominantes dans les discours des médecins : la « *naturalisation de la précarité* » (précarité intergénérationnelle), la « *culpabilisation* » et la « *victimisation* ». Même si ce modèle est conçu à l'échelle des sociétés, Paugam précise que ces formes de perceptions peuvent coexister chez un même individu ce qui peut expliquer les tensions internes de certains médecins illustrés par les discours ambivalents. De plus, on y retrouve également la notion de méritocratie dans les sociétés de configuration « *volontariste* » où la pauvreté est expliquée par le manque de volonté conduisant à la culpabilisation des pauvres.

Ainsi, ce modèle théorique permet de mettre en perspective les points communs entre les représentations des médecins et celles de la population générale. Tandis que certaines figures du patient précaire rejoignent la culpabilisation des « *assistés* » observée dans les sociétés de type « *volontariste* », d'autres témoignent d'un regard plus compatissant, proche de la « *victimisation des organicistes* ».

4.2 Forces et limites

Cette partie a été rédigée à l'aide de la grille COREQ (*COnsolidated criteria for REporting Qualitative research*) (23).

4.2.1 Posture de l'auteure

Une des principales limites de l'étude réside dans le manque d'expérience initiale de l'auteure en recherche qualitative. Cette limite a été partiellement compensée par une démarche d'auto-formation continue à l'aide de lectures méthodologiques, par un travail progressif d'analyse, ainsi que par un accompagnement régulier du directeur de thèse, tant sur le plan méthodologique qu'analytique.

L'implication personnelle de l'auteure dans la thématique étudiée constitue une autre limite potentielle, liée notamment à des stages en Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et en centre de santé implanté en quartier prioritaire des politiques de la ville (QPV). Cette sensibilité à la précarité, à l'origine même du choix du sujet de thèse, introduit une part de subjectivité dans la posture d'analyse. Mais cette implication a également été un levier de compréhension du terrain, et a été encadrée par la tenue d'un carnet de bord réflexif, consignait les préjugés initiaux ainsi que les réflexions tout au long des entretiens. De plus, un co-codage des deux premiers entretiens avec le directeur de thèse a permis d'atténuer le risque de surinterprétation.

La connaissance préalable de certains participants aurait pu influencer leurs propos, notamment par biais de désirabilité sociale. Afin de limiter ce risque, un climat de confiance a été instauré dès le début de l'entretien, avec rappel explicite qu'il n'existait pas de bonne ou de mauvaise réponse. De plus, les entretiens ont été majoritairement réalisés en présentiel, dans des lieux familiers et rassurants pour les participants (cabinet ou domicile), afin de favoriser une expression authentique et libre.

4.2.2 Conception de l'étude

Le mode de recrutement, reposant principalement sur le réseau professionnel de la chercheuse et du directeur de thèse, peut avoir favorisé la participation de médecins déjà sensibilisés à la précarité. Ce biais de sélection a été partiellement compensé par l'inclusion volontaire de deux participants non sensibilisés à la problématique, dans une logique de diversité des représentations.

Bien que l'échantillonnage ait été raisonné, certains profils sont restés sous-représentés (notamment les jeunes médecins et les femmes), ainsi que certaines zones géographiques du département. Cette limite est à relativiser, dans la mesure où la recherche qualitative ne vise pas la représentativité statistique, mais l'atteinte de la saturation des données, laquelle a été obtenue au neuvième entretien et confirmée par un dixième entretien complémentaire.

Tous les entretiens ont été menés par l'auteure, afin d'assurer une cohérence dans le recueil des données.

Trois entretiens ont été réalisés par téléphone, en raison de contraintes de disponibilité des participants, ce qui a pu limiter la captation des éléments non verbaux. De plus, il n'y a pas eu de retour des verbatims aux participants. Ces limites ont été contrebalancées par une retranscription fidèle des entretiens, incluant silences, émotions et hésitations, ainsi que par la tenue d'une majorité des entretiens en présentiel. Le guide d'entretien a été ajusté au cours du recueil, dans une démarche itérative.

Enfin, il faut souligner la possibilité d'un biais de mémoire de la part des participants, certains évoquant des situations anciennes. Ce biais est difficile à éviter mais a été partiellement contenu par des relances précises durant les entretiens.

1) Analyse des données et présentation des résultats

La triangulation des chercheurs, bien qu'engagée lors du co-codage des 2 premiers entretiens, n'a pas été poursuivie sur l'ensemble des entretiens. Cela expose potentiellement l'analyse à un biais d'interprétation individuelle. Ce biais a été atténué par une démarche d'analyse itérative, la tenue du carnet de bord réflexif, les ajustements successifs du guide d'entretien et les échanges réguliers avec le directeur de thèse. Cela permettait de maintenir une analyse critique tout au long de l'étude.

4.3 Perspectives

Il faut accompagner les médecins dans leur transformation.

Le cercle de la transformation proposé suggère que les médecins ne sont pas figés dans leurs représentations. Ils évoluent lorsqu'ils sont exposés à la précarité, et soutenus par un environnement propice à une transformation constructive. Ce modèle peut être utilisé comme outil pédagogique : non pas pour apprendre à « faire face » à la précarité, mais pour se transformer en tant que médecin, en interrogeant ses propres représentations, en prenant conscience de leur influence sur les attitudes et les pratiques, en déconstruisant celles qui freinent le soin, et en s'appuyant sur ses ressources personnelles et collectives pour mieux soigner.

Pour que cette transformation ait lieu, encore faut-il qu'elle soit :

- Pensée, par les chercheurs : il s'agit de réaliser d'autres travaux de recherche en lien avec la précarité. Croiser les regards soignants-soignés, par exemple en Eure-et-Loir, pour mieux comprendre l'influence des représentations des deux parties sur la relation

de soin et sur la prise en soin. On pourrait également évaluer l'impact de la formation (diplômes universitaires orientés précarité, modules d'enseignement durant le cursus médical, groupes d'échange de pratiques).

- Accompagnée, par les formateurs : il s'agit de soutenir cette transformation dès les études de médecine. On pourrait renforcer les terrains de stage dans des structures accueillant des publics en situation de grande précarité. On pourrait également proposer un Diplôme Universitaire aux professionnels de santé, qui n'existe pas à Tours mais proposé dans de nombreuses universités en France. L'organisation de groupes d'échanges de pratiques, permettrait aux médecins de se former dans une approche socioconstructiviste.
- Reconnue, par les institutions : il s'agit de renforcer les dispositifs de soin actuels et de proposer des soins adaptés à la réalité de la précarité afin de faciliter la prise en soin de ces patients. Cela passe notamment par une valorisation des consultations longues et complexes, ainsi que par un soutien renforcé à la coordination interprofessionnelle. Pour améliorer cette coordination, il serait pertinent de favoriser l'interconnaissance et la collaboration entre les structures sociales, médico-sociales et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). L'exemple de l'agglomération chartraine illustre les limites actuelles : malgré l'existence d'un réseau structuré autour de la grande précarité (l'Instance Santé Précarité) et d'une CPTS, aucun lien n'a été établi entre les deux. A l'inverse, à Châteaudun, une meilleure articulation entre la CPTS locale et le Réseau Santé Social semble favoriser une dynamique de travail plus fluide et cohérente autour des patients en situations de précarité. Parmi les dispositifs concrets à développer, le poste de médiateur en santé occupe une place centrale. Actuellement en déploiement dans plusieurs territoires, le médiateur en santé est une ressource clé dans la lutte contre les inégalités sociales de santé. Il joue un rôle d'interface indispensable entre les patients en situation de précarité et les professionnels de santé, facilitant ainsi l'accès au soin. Ce travail vient appuyer la pertinence de ce poste, en mettant en lumière les besoins exprimés par les médecins interrogés en matière de relais. Il convient également de soutenir et de pérenniser les structures de soins existantes, telles que les PASS, dont le fonctionnement repose déjà sur une organisation pluriprofessionnelle adaptée aux situations complexes. Le point principal sur lequel s'accordaient tous les médecins interrogés étant l'importance du travail en équipe pluriprofessionnel, il serait pertinent de s'inspirer du modèle des PASS pour les structures de soin de ville, en réunissant notamment médecin, infirmier et assistant social. Enfin, une autre piste d'amélioration dans l'approche d'aller-vers, avec par exemple le développement de bus de consultations médicales ou paramédicales, qui viendraient en complément des structures fixes pour atteindre les populations les plus éloignées.
- Portée collectivement, par la société : changer les représentations ne concerne pas seulement les soignants, car les représentations de ces derniers naissent en partie de celles de la société dans laquelle ils évoluent. Il semble donc important de sensibiliser le grand public aux réalités de la précarité, afin de déconstruire les figures du « *mauvais* » précaire.

V. CONCLUSION

Cette recherche a tenté d'approcher les représentations des médecins généralistes d'Eure-et-Loir sur la prise en soin des patients en situation de grande précarité à travers une approche inspirée de la théorisation ancrée.

Au fil des entretiens, il apparaît que la précarité ne se laisse pas enfermer dans une définition unique. Elle est vécue, perçue, ressentie de manière plurielle : tantôt visible dans les rues, tantôt discrète dans le quotidien de certains patients.

Au-delà des résultats, ce travail met en lumière un enjeu majeur : les représentations des médecins ne sont pas figées. Elles évoluent au contact de la précarité, dans une dynamique qui peut être source de transformation, à condition d'être accompagnée.

Ce travail montre le rôle que joue le regard du médecin dans la relation de soin. Les jugements, parfois implicites, influencent profondément la posture, l'engagement, la capacité à écouter.

Les médecins ne sont pas seulement des techniciens de la santé, mais aussi des acteurs d'un lien : la relation de soin qui peut, à elle seule, être soin.

Les représentations des médecins généralistes, si elles se distinguent parfois de celles de la population générale par une plus grande exposition à la précarité, n'échappent pas aux stéréotypes ambiants et mériteraient d'être déconstruites collectivement.

Ce travail propose une piste : accompagner cette transformation en favorisant la formation précoce à la précarité, les espaces de réflexivité et le travail en équipe pluridisciplinaire. Le développement de la médiation en santé apparaît comme un levier prometteur pour recréer du lien et renforcer l'accès aux soins des plus vulnérables.

Changer de regard, c'est ouvrir un pan entier de la pratique à une médecine plus consciente de la vulnérabilité des patients, plus humaine, plus juste.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Oliver A. *Permanence d'accès aux soins de santé : l'évolution de la grande précarité*. In : Urgences 2013 : 15e congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence ; 2013 juin 5–7 ; Paris, France. Paris : SFMU ; 2013.
2. Haute Autorité de santé. *Grande précarité et troubles psychiques : intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques*. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2023.
3. FEANTSA. *Typologie européenne de l'exclusion liée au logement (ETHOS)* [Internet]. Bruxelles : Fédération européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri ; 2007 [cité le 22 avr. 2025]. Disponible sur : https://www.feantsa.org/download/fr_2525022567407186066.pdf
4. Insee. *Grande pauvreté*. In : *Revenus et patrimoine des ménages – Insee Références – Édition 2024*. Fiche 1.9. Paris : Insee ; 2024.
5. Duée M, Yaouancq F. *L'enquête Sans-Domicile 2012*. Paris : Insee ; 2014.
6. Tinland A, Loubiere S, Cantiello M, Boucekine M, Girard V, Taylor O, et al. *Mortality in homeless people enrolled in the French Housing First randomized controlled trial: a secondary outcome analysis of predictors and causes of death*. BMC Public Health. 2021;21:1294.
7. Collège de la médecine générale. *Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale : repères pour votre pratique*. Neuilly-sur-Seine : Collège de la médecine générale ; 2014.
8. Wicky-Thisse M. *Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité*. Besançon : Université de Franche-Comté ; 2017.
9. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). *Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023 – Comparaisons régionales et départementales* [Internet]. Paris : INSEE ; 2023 [cité le 22 avr. 2025]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>
10. Flye Sainte Marie C, Querrioux I, Baumann C, Di Patrizio P. *Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires*. Santé Publique. 18 déc 2015;Vol. 27(5):679-90.
11. Desprès C. *Quelles représentations sociales des bénéficiaires de la CMU-C ?* Médecine Palliat. avr 2021;20(2):103-12.
12. Marron-Delabre A, Rivollier E, Bois C. *Relation médecin-patient en situation de précarité économique : point de vue des patients*. Santé Publique. 2 févr 2016;Vol. 27(6):837-40.
13. Pierret R. *Qu'est-ce que la précarité ?* Socio. 16 déc 2013;(2):307-30.

14. Mazalovic K, Zabawa C, Roux-Levy PH, Gaimard M. *Le repérage des patients en situation de précarité par les médecins généralistes*. Popul Vulnérables. 2019;5:157-79.
15. Texier H, Lacamp I, Ceccaldi PF, Sauvegrain P. *Les pratiques des médecins généralistes parisiens dans la prise en charge des patientes enceintes en situation de précarité en médecine de ville : une étude qualitative*. Gynécologie Obstétrique Fertilité Sénologie. mars 2025;53(3):136-41.
16. France, éditeur. *La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé*. Rennes: Editions ENSP; 1998. 349 p. (Collection Avis et rapports).
17. De Pauw C. *Prise en charge des personnes précaires en médecine générale : un levier dans la lutte contre les inégalités sociales de santé ?* Lille : Université de Lille 1 – USTL ; 2012.
18. Sabbah F. *Représentations et ressentis des internes de médecine générale vis-à-vis d'un patient en situation de précarité aux urgences générales*. Marseille : Aix-Marseille Université ; 2025.
19. Arnou L, Christin O. *Influence de l'expérience en stage de médecine générale de niveau 1 sur les représentations des internes vis-à-vis des patients en situation de précarité*. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1 ; 2019.
20. Loignon C, Gottin T, Dupéré S, Bedos C. *General practitioners' perspective on poverty: a qualitative study in Montreal, Canada*. Fam Pract. 16 janv 2018;35(1):105-10.
21. Loison-Leruste M. *Habiter à côté des SDF. Représentations sociales et attitudes à l'égard des personnes sans domicile*. Paris : École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) ; 2009.
22. Paugam S. *La perception de la pauvreté sous l'angle de la théorie de l'attachement: Naturalisation, culpabilisation et victimisation*. Communications. 16 nov 2015;n° 98(1):125-46.
23. Gedda M. *Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative*. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4.

VII. ANNEXES

DOCUMENT D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Structure : département universitaire de médecine générale de Tours

Coordinateur de la recherche : Dr Nicolas CHARTIER

Investigatrice : Hadda FENNICH

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer à une étude dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Si vous décidez d'y participer, vous serez invitée à signer au préalable un formulaire de consentement. Votre signature attestera que vous avez accepté de participer. Vous conserverez une copie de ce formulaire.

1) Procédure de l'étude

Vous vous entretiendrez avec Hadda Fennich, interne en médecine générale et investigatrice, au cours d'un entretien individuel. Celui-ci vise à mieux comprendre les représentations des médecins généralistes concernant la précarité.

Cette étude fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et libertés.

2) Risque potentiel de l'étude

L'étude ne présente aucun risque. Vous pouvez mettre fin à l'entretien à tout moment.

3) Bénéfices potentiels de l'étude

Mettre en évidence les freins et les leviers relatifs à la prise en charge des patients en situation de précarité afin d'améliorer leur prise en charge.

4) Participation à l'étude

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire.

5) Informations complémentaires

Vous pouvez obtenir toutes les informations que vous jugerez utiles auprès de l'investigatrice Hadda Fennich.

6) Confidentialité et utilisation des données personnelles

Dans le cadre de la recherche, vos données personnelles feront l'objet d'un traitement, afin de pouvoir les inclure dans l'analyse des résultats de la recherche. Ces données seront anonymes et leur identification codée. Toutes les personnes impliquées dans cette étude sont assujetties au secret professionnel.

Selon la loi vous pouvez avoir accès à vos données et les modifier à tout moment.

Vous pouvez également vous opposer à la transmission de données couvertes par le secret professionnel. Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et signer le formulaire de consentement page suivante.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Consentement à la participation à l'étude

Je soussigné(e) (Nom et prénom),
consens participer à cette étude sur « les représentations des médecins généralistes d'Eure-et-Loir
concernant la prise en soin des patients en situation de grande précarité », entrant dans le cadre de la
formation en médecine générale à l'Université de Tours.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par Hadda FENNICH, interne en
médecine générale.

Consentement au traitement de données personnelles

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel par Hadda FENNICH, pour la
réalisation de cette étude.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie du « Document d'information et
de consentement » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre l'étude.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne
figurera dans la thèse produite.

Consentement à l'enregistrement audio

J'autorise Hadda FENNICH à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour,
à le retranscrire et à l'utiliser dans le cadre exclusif de cette thèse et d'une publication scientifique. Je
reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de
l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Volontariat et droit de retrait

J'ai bien compris que ma participation à l'étude est volontaire. Je suis libre d'accepter ou de refuser de
participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours d'étude. Mon
consentement ne décharge pas les organisateurs de cette étude de leurs responsabilités. Je conserve
tous mes droits garantis par la loi.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et
volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Établi en deux exemplaires, un pour moi, un pour l'enquêteur.

Signature du Participant :

Nom et Prénom :

Date :

Signature de l'Enquêteur :

Nom et Prénom : FENNICH Hadda

Date :

TRAME D'ENTRETIEN INITIALE

Avant de commencer, je vous précise que l'entretien est anonyme, vos nom et prénom seront remplacés par des numéros. L'entretien est enregistré et sera détruit à la fin de l'étude.

Pouvez-vous vous présenter brièvement ?

- Age
- Expérience professionnelle
- Complément de formation
- Langue étrangère
- Humanitaire

Racontez-moi la dernière situation où vous avez pris en charge une personne en situation de grande précarité.

Comment définissez-vous la grande précarité ?

Quelle proportion de patients en grande précarité comptez-vous parmi votre patientèle ?

Quelles sont selon vous les facteurs contribuant à la précarité ?

Quelle est selon vous l'influence de la précarité sur la santé ?

Quelles difficultés vous avez déjà ressenties dans la prise en charge des patients en situation de grande précarité ?

Quelles ressources vous avez mobilisées/quelles solution avez-vous mis en place pour pallier ces difficultés/ pour prendre en charge ces patients ?

Est-ce que la prise en charge d'un patient en situation de grande précarité impacte votre relation avec lui ?

De quoi auriez-vous besoin pour améliorer la prise en charge ?

Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

TRAME D'ENTRETIEN MODIFIEE

Avant de commencer, je vous précise que l'entretien est anonyme, vos nom et prénom seront remplacés par des numéros. L'entretien est enregistré et sera détruit à la fin de l'étude.

Ce n'est pas un interrogatoire, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Présentation :

- Age
- Expérience professionnelle
- Complément de formation
- Langue étrangère
- Humanitaire
- Proportion de patients en grande précarité dans la patientèle

Une des consultations les plus marquantes avec une personne en situation de grande précarité ?

C'est quoi la grande précarité pour vous ?

Archétypes/profils-type de patients en situation de grande précarité ?

Facteurs contribuant à la précarité ?

Influence de la précarité sur la santé ?

Pourquoi avoir choisi de travailler avec les personnes en situation de précarité ?

Y a-t-il des adaptations lors de la consultation avec une personne en situation de précarité ? Sur la façon de mener la consultation ou de prodiguer les soins ?

C'est difficile de prendre en charge ces patients ?

Quelles solutions ?

Des besoins pour améliorer la prise en charge ?

Dossier

Kinesither Rev 2015;15(157): 50–54

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative



French translation of the COREQ Reporting Guidelines for writing and reading for reporting qualitative research

Laboratoire ER3S (Atelier SHERPAS), Unité de recherche pluridisciplinaire Sport, Santé, Société – Université d'Artois, France

Michel Gedda
(Directeur général des Instituts de formation en masso-kinésithérapie et ergothérapie de Berck-sur-Mer, Rédacteur en chef de « Kinésithérapie, la Revue »)

RÉSUMÉ

Cet article présente sommairement les lignes directrices COREQ sous forme d'une fiche synthétique.

COREQ est prévue pour les rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*).

Une traduction française originale de la liste de contrôle est proposée.

Cette traduction est mise à disposition en accès libre selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution – Pas d'Utilisation Commerciale – Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International](#).

Niveau de preuve. – Non adapté.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

Mots clés

Édition
Évaluation
Pratique factuelle
Qualité
Lecture
Recherche qualitative
Rédaction
Responsabilité
Standard
Transparence

SUMMARY

This article presents guidelines COREQ as a summary sheet.

COREQ is provided for reporting qualitative research: interviews and focus groups.

An original French translation of the checklist is proposed.

This translation is open access under a [Creative Commons Attribution – NonCommercial – No Derivatives 4.0 International License](#).

Level of evidence. – Not applicable.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Open access under CC BY-NC-ND license.

Keywords

Édition
Assessment
Evidence-based practice
Quality
Reading
Qualitative research
Reporting
Responsibility
Standard
Transparency

DOIs des articles originaux :

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.006>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.003>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.004>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.007>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.010>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.001>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.011>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.008>

Adresse e-mail :

direction@a-3pm.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>

© 2014 Elsevier Masson SAS.

Open access under CC BY-NC-ND license.

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Note de la rédaction

Cet article fait partie d'un ensemble indissociable publié dans ce numéro sous forme d'un dossier nommé « Traduction française de dix lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles de recherche » et composé des articles suivants :

- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SQUIRE pour l'écriture et la lecture des études sur l'amélioration de la qualité des soins. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices CARE pour l'écriture et la lecture des études de cas. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M, Riche B. Traduction française des lignes directrices SAMPL pour l'écriture et la lecture des méthodes et analyses statistiques. Kinesither Rev 2015;15(157)
- Gedda M. Traduction française des lignes directrices SPIRIT pour l'écriture et la lecture des essais cliniques, des études expérimentales et protocoles divers. Kinesither Rev 2015;15(157)

RÉFÉRENCE ORIGINALE

Acronyme et intitulé complet :

COREQ : *CO*nsolidated *CR*iteria for *RE*porting *Q*ualitative *RE*search

Objet des lignes directrices :

Rapports de recherche qualitative : entretiens individuels et entretiens de groupe focalisés (*focus groups*)

Site Internet officiel :

<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long>

Dates de référence :

2007 : version initiale et actuelle [1].

Langue :

Anglais

Référence bibliographique de la version en cours :

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349–57.

Contact :

Allison Tong
Centre for Kidney Research
The Children's Hospital
Westmead, NSW 2145, Australia
Tel : +61 2 9845 1482
Fax : +61 2 9845 1491
Courriels : allisont@health.usyd.edu.au, allisont@chw.edu.au

TRADUCTION FRANÇAISE

Contenus traduits :

- Liste de contrôle : 32 items répartis en 3 domaines (*Tableau 1*) :
 - équipe de recherche et réflexion,
 - caractéristiques personnelles ;
- liens avec les participants ;
 - conception de l'étude,
 - cadre théorique,
 - sélection des participants,
 - contexte,
 - recueil des données ;
- analyse et résultats :
 - analyse des données,
 - rédaction du rapport.

Traduction française originale :

La traduction ici proposée est originale et inédite.

• Méthode générale

La grille anglophone initiale a été reproduite à l'identique afin d'en conserver la disposition. Chaque item a été traduit séparément ; en ajoutant la traduction sous le texte original afin de permettre une vérification analytique ultérieure. Les locutions et termes méconnus, équivoques ou susceptibles de confusion ont systématiquement été relevés pour faire l'objet de recherches approfondies au sujet de leur usage spécifique en méthodologie de recherche qualitative, et dans le contexte des listes de contrôle [2–10].

Lorsque les ressources documentaires ne suffisaient pas à résoudre les incertitudes—notamment les expressions francophones les plus usitées, des personnes compétentes, identifiées grâce à leurs publications sur le thème traité ou à leurs fonctions professionnelles, ont été interrogées ponctuellement sur des questions précises mais contextualisées. Leurs réponses ont permis de lever les doutes ou d'identifier de nouveaux supports documentaires, voire d'autres personnes ressources.

Une relecture d'ensemble a ensuite été réalisée à des fins d'harmonisation. La traduction obtenue a ensuite été comparée à d'autres grilles.

Enfin, la traduction a été soumise simultanément à deux professionnels anglophones indépendants pour validation externe ; leurs propositions ont été intégrées et adressées

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1.	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2.	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? <i>Par exemple : PhD, MD</i>
3.	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4.	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5.	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6.	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? <i>Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche</i>
8.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? <i>Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche</i>
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? <i>Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu</i>
Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? <i>Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige</i>
11.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? <i>Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel</i>
12.	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13.	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? <i>Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail</i>
15.	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? <i>Par exemple : données démographiques, date</i>
Recueil des données		
17.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18.	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19.	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21.	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22.	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23.	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24.	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25.	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26.	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27.	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28.	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29.	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? <i>Par exemple : numéro de participant</i>
30.	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31.	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32.	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régularisées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

• Commentaires particuliers

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, mercatique (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F¹ : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion—et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

¹ GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) www.groum.fr

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Hannah FRANCE, Montreuil-sur-Mer.
GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F).
Benjamin RICHE, Université Lyon 1, CNRS.
Joannah ROBERTSON, CHU de Nantes.
Gaetan TARDIF, Université de Toronto

RÉFÉRENCES

- [1] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349–57.
- [2] Anderson C. Presenting evaluating qualitative research. *Am J Pharmaceut Educ* 2010;74(8):1–7.
- [3] Crescentini A, Mainardi G. Qualitative research articles: guidelines, suggestions and needs. *J Workplace Learn* 2009;21(5):431–9.
- [4] Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. *Med J Aust* 2008;188(4):243–6.
- [5] Collingridge DS, Gantt EE. The quality of qualitative research. *Am J Med Qual* 2008;23:389–95.
- [6] Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research*, 3rd ed. Sage Publications; 2007 [312 p.].
- [7] Gilgun JF. "Grab" and good science: writing up the results of qualitative research. *Qual Health Res* 2005;15(2):256–62.
- [8] Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol* 2004;10:79–86.
- [9] Mucchielli A. *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, 3^e ed. Armand Colin; 2009 [312 p.].
- [10] Hammell KW. Informing client-centred practice through qualitative inquiry: evaluating the quality of qualitative research. *Br J Occup Ther* 2002;65(4):175–84.
- [11] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). *Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé*. ANAES – service évaluation en établissements de santé; 2000 [136 p.].
- [12] Edmunds H. *The Focus Group Research Handbook*. American Marketing Association–McGraw-Hill Contemporary; 2000 [288 p.].
- [13] Moreau A, Dedienne MC, Letrillart L, Le Goaziou MF, Labarère J, Terra JL. Méthode de recherche : s'approprier la méthode du focus group. *Rev Prat* 2004;18(645):382–4.
- [14] Thibeaut E. À propos de la méthodologie des entretiens de groupe focalisés. *Adjectifs*; 2010. <http://www.adjectif.net/spip/spip.php?article58&lang=fr>.

VERBATIMS

Entretien N1

Présentiel : au cabinet de l'interviewé

53 minutes

H : Comme tu le sais-je suis en 6e semestre de médecine générale maintenant, et donc le sujet de ma thèse c'est « les représentations des médecins généralistes sur les patients en situation de grande précarité ». Voilà... euh... là par rapport à l'entretien donc c'est anonyme, ton nom sera changé par un numéro et les entretiens seront détruits après retranscription.

N1 : D'accord.

H : Ok ? Alors est-ce que tu pourrais commencer par te présenter brièvement : âge, expérience professionnelle...

N1 : Donc, j'ai 60 ans, tout rond. Euh... mon expérience professionnelle, malgré cet âge avancé, n'est pas gigantesque parce que j'ai fait d'autres choix familiaux et autres... J'ai fait quelques années de remplacement en petite dose juste après la fin de ma formation, et ensuite j'ai été 10 années sans exercice du tout, médical, à faire de la formation euh... dans un lycée, des cours dans un lycée auprès des futures infirmières et autres... voilà, dans les bacs technologiques, voilà. Et puis euh... j'ai repris depuis une activité d'abord exclusivement dans le cadre de la PASS, la permanence d'accès aux soins de santé donc, de l'hôpital, donc c'était une petite activité parce qu'elle était moins développée qu'elle l'est aujourd'hui et puis depuis 2018 je suis ici, donc sur une base d'un tiers temps donc, au centre de santé, voilà.

H : Avec une autre activité à côté, ou... ?

N1 : Avec une autre activité non médicale à côté.

H : OK ça marche, est-ce que t'as fait des DU dans ton cursus ?

N1 : Non, je n'ai fait aucune formation complémentaire à ma formation de base.

H : D'accord, est-ce que tu as déjà fait de l'humanitaire ?

N1 : Non pas directement.

H : OK et petite question, est-ce que tu parles une langue étrangère ou pas ?

N1 : J'ose à peine le dire, je me débrouillerais mieux en allemand qu'en anglais mais c'est pas très très utile en fait, justement dans le cadre où on est. Voilà, c'est la langue étrangère que je maîtrise le mieux. Mais bon voilà l'anglais je peux me débrouiller un peu mais c'est vraiment... donc je peux pas dire que je parle une langue étrangère.

H : OK très bien, merci beaucoup. Alors est-ce que tu pourrais me raconter la dernière situation en consultation de... enfin de consultation avec une personne en situation de grande précarité.

N1 : Faudrait qu'on se mette d'accord sur « c'est quoi la définition de grande précarité », finalement en fait je me rends compte. Euh... parce que si ça veut dire des personnes nécessairement sans logement etc, faut que je fouille un petit peu. *rires* Parce que en fait ces derniers temps j'en ai vu un peu moins... euh... voilà c'est vrai que ces derniers temps j'ai quand même vu plus des personnes on va dire en précarité mais modérée, qui sont quand même dans des logements mais qui... voilà des... des

logements insalubres... la dame que j'ai quittée tout à l'heure c'est le cas... voilà, elle a un logement mais avec des gros soucis ORL, pneumo etc... voilà, parce que le logement est vraiment ... très insalubre. Euh... vraiment à la rue... En fait tu me pièges déjà dès la première question parce que finalement... récemment... ou alors c'est vrai c'est pareil, je pense à une famille, mais qui sont dans un logement temporaire, dans un logement contre emploi mais... qui ont pas de papier et qui vont être à la porte de leur logement... enfin qui peuvent être mis d'un moment à l'autre à la porte de leur logement donc euh... ouais je vais peut-être me concentrer sur cette famille-là.

H : Ouais je pense que ça rentre dans la définition.

N1 : Ils ont un toit au-dessus de la tête actuellement mais... mais voilà... y'a pas de papier euh... y'a un espoir de régularisation par le travail... euh... par le travail pas autorisé en théorie mais bon... voilà. Et du coup...

H : Donc, par rapport à cette dernière consultation, comment ça s'est passé ?

N1 : Euh... alors moi je me sens, je me sens vite euh... touchée émotionnellement par ces situations-là, en l'occurrence je suis... je vois plus la maman dans la famille... j'ai vu un peu toute la famille mais c'est surtout la maman que je vois et une enfant... euh... voilà, chez laquelle y a des problématiques de harcèlement scolaire qui sont sans doute en bonne partie liées à la situation justement... familiale. Mais là chez la maman il y a beaucoup d'angoisse, beaucoup de culpabilité... S'ajoute à ça le fait qu'ils ont fui leur pays parce que précisément leur fille avait déjà fait l'objet en intrafamilial de... de violences... euh... voilà ... donc elle se sent dans l'incapacité de protéger ses enfants et ça c'est... c'est une douleur que je partage... voilà, enfin... que je comprends tellement que... tu vois... *pleure*... rapidement ça suscite de l'émotion chez moi j'ai un peu de mal parfois à mettre de la distance sur les situations euh... rencontrées. Peut-être ce que je ressens euh... quand même... enfin ce que j'ai ressenti de manière récurrente sur des situations comme ça, euh... c'est à la fois... c'est pas un devoir d'humanité mais ... oui quelque chose qui relève pas d'abord des compétences techniques médicales c'est peut-être d'ailleurs pour ça que je me sens en fait à ma place dans cette forme-là d'exercice parce que sinon mon expérience médicale propre est pas énorme et donc au plan technique je me sens pas super confiante euh... mais voilà il y a quelque chose de l'humanité de base à vivre là. Et puis en même temps ... en même temps ... bah un sentiment d'impuissance face aux situations administratives en particulier... voilà, sur lesquelles on n'a pas grande prise. Et donc le sentiment qu'on fait un petit bout de quelque chose pour ... adoucir un peu la vie de ces personnes, voilà, par le petit prisme qu'on a, à nous d'être au moins un lieu d'écoute à défaut d'être un lieu de... d'action extrêmement puissante. C'est peut-être comme ça surtout que je... que je le vis.

H : Ouais... de leur apporter quelque chose ne serait-ce que l'écoute.

N1 : Oui, en fait.

H : Et donc euh... Là à la lumière de cette situation, qu'est-ce que c'est pour toi la grande précarité ? Comment tu caractérises la grande précarité ?

N1 : Je pense que le cœur pour moi c'est vraiment l'insécurité en fait. C'est l'impossibilité de se projeter dans quoi que ce soit parce que... parce que tout est mouvant. Il y a pas de... certes, il y a pas de ressources économiques... il y a éventuellement pas... pas de toit ou quelque chose de très... voilà, qui peut... qui peut ne plus être là dès demain, pas de quoi donner à manger à ses enfants ou pas savoir ce que je vais pouvoir leur donner à manger demain... bon... tout ça mais, mais au fond c'est quand même... ouais c'est quand même d'abord et avant tout ce manque de besoin. De ce besoin essentiel qui est de se sentir en sécurité quoi. Et de pouvoir un minimum se projeter sur un avenir euh... au moins, à moyen terme... voilà. Mais voilà... Après peuvent se mêler... c'est pas le cas pour cette famille, mais des caractéristiques de l'ordre de l'isolement... enfin vraiment isolement complet de certaines personnes qui sont vraiment... qui sont vraiment seules. Enfin eux ils ont au moins la petite cellule familiale mais en dehors de ça c'est pas gigantesque, mais enfin il y a au moins une cellule familiale

quoi. Donc on peut ajouter ce facteur d'isolement dans un certain nombre d'autres euh... d'autres situations... Peut-être que je rangerai dans... d'ailleurs c'était spontanément quand tu m'as dit grande précarité je me dis où est ce que je mets la barrière alors peut-être précarité, bon... le logement est quand même un point important donc au moins les gens qui ont un toit même si c'est pas forcément l'idéal... mais bon à peu près pérenne à priori, ça c'est quand même déjà un élément de sécurité justement important donc qui fera que je le rangerai moins dans la grande précarité, même si il y a des grosses difficultés économiques, affectives, culturelles... dans les critères je pense qu'il y a aussi, justement puisqu'on parle des questions culturelles, bah la difficulté majeure à se mouvoir dans l'environnement dans lequel on est parce que... parce qu'on n'a pas les codes ou parce que tout basiquement on ne sait pas lire, qu'on a pas accès à la langue correctement... ça ça fait quand même partie des facteurs de précarité majeure, enfin la difficulté à être en communication avec les gens qui sont autour et puis à faire les démarches qui sont nécessaires à faire, ouais je le mettrais aussi à un niveau assez élevé plutôt du côté de la grande précarité ça quand même. En tout cas, tant qu'on n'a pas encore en plus trouvé les relais... enfin je veux dire, après je mettrai dans les personnes en précarité peut-être les mêmes caractéristiques mais avec quand même quelques relais qui sont en place de travailleurs sociaux... ou voilà ou un environnement qui peut un peu venir en soutien.

H : Oui je pense qu'on est vraiment dans la définition effectivement de la précarité. Je te propose qu'on se mette d'accord sur un même critère, qui nous permettra de vraiment caractériser la grande précarité par rapport aux autres situations de précarité. Donc nous, dans le cadre de notre étude, on a défini comme étant en « grande précarité » les personnes qui sont... qui n'ont pas de logement stable en fait. Donc rentrent dans cette catégorie les personnes qui sont hébergées, les personnes en foyer, les personnes sans domicile fixe... donc voilà il y a quand même un gros panel. A combien à peu près tu estimes la proportion de ta patientèle en situation de grande précarité ?

N1 : En grande précarité ? Bah c'est quand même moins aujourd'hui que quand j'étais à la PASS évidemment. Ouh... c'est plus si énorme que ça « grande précarité » aujourd'hui... en tout cas c'est moins de 10%. Ça se situe je pense entre 5 et 10% aujourd'hui, « grande précarité ».

H : D'accord, et donc on en a déjà un peu parlé initialement, mais quels sont selon toi les facteurs qui contribuent à cette grande précarité ?

N1 : Tu veux dire ce qui a généré... ?

H : Ce qui a généré et ce qui amène à cette situation ?

N1 : Alors, bah évidemment il y a toutes les situations d'immigration... voilà, dans un premier temps. Au moins dans un premier temps, mais parfois malheureusement de façon un peu durable... voilà, parce que sinon, si les papiers ne viennent pas et qu'ils décident de rester quand même... voilà, après... il y a tout le champ avec lequel je suis pas très à l'aise mais... de la psychiatrie et de l'addictologie... c'est sûrement une de mes difficultés ça je pense. Mais de temps en temps, c'est quand même aussi les vicissitudes de la vie et des fois je me dis « ça peut être toi demain »... de voir des gens dégringoler au fil de... voilà, d'une situation de chômage qui s'est un peu prolongée, d'une rupture familiale... notamment pour les jeunes, voilà... qui peuvent se retrouver mis à la porte de chez les parents pour des raisons diverses... et puis l'engrenage est lancé... euh... comme autre facteur : quelquefois la maladie. La maladie somatique, qui va générer une incapacité de travail et progressivement... la perte des revenus. Là je pense... voilà, je pense à une famille qui me... m'embête. Enfin un couple, qui sont tout proches de l'âge de la retraite, mais qui ont pas encore tout à fait l'âge de la retraite et qui bah... voilà... j'ai l'impression qu'à chaque fois que je les vois ça dégringole, ça dégringole, ça dégringole, c'est RDV à la Banque de France... c'est parce que surendettement etc... c'est de se battre pour voilà... alors il y a en même temps accident de travail, avec des conséquences : pas la possibilité de reprendre le travail, mais en même temps pas comprise enfin voilà... par pôle emploi. Donc... puis le revenu de pôle emploi... et pendant ce temps-là le mari de son côté lui aussi a des grosses problématiques de chirurgie nécessaire sur le rachis, de douleur chronique, de machin, enfin bref. Donc bah... l'étau se resserre et j'ai hâte qu'ils arrivent à l'âge de la

retraite et qu'ils puissent, j'espère, tenir jusque-là pour ne pas sombrer, mais voilà... on voit bien les mécanismes qui peuvent se produire... Bon, il y a quand même très souvent des questions d'isolement... d'isolement social quoi. Des gens qui ont un tout petit peu d'étayage familial ou amical, ça ralentit au moins en tout cas... voire ça empêche, la maladie, la toxico, le travail, enfin la problématique liée au travail, le chômage...

H : Avec toujours cette idée de facteur cumulatif.

N1 : Voilà et puis parfois c'est un peu de tout ça à la fois, en effet.

H : Et selon toi, quelle pourrait être l'influence de la précarité sur l'état de santé de ces personnes ?

N1 : Alors, elle me semble assez évidente, alors... parfois parce que dans le sens où c'est l'état de santé qui a généré la situation de précarité. Mais enfin dans le sens inverse aussi, c'est quand on se pose la question de ce qu'on va donner à manger à ses enfants ou de où on va dormir ce soir, il est bien évident que la préoccupation générale de la santé elle est très au 2nd ou même au 3e au 4e plan hein, c'est pas leur... c'est pas leur souci premier quoi, ça c'est sûr, donc... c'est sûr que... en tout cas, c'est encore une fois un peu moins net dans mon exercice d'aujourd'hui, qui est un peu plus mélangé mais sur mes années d'expérience à la PASS, ça me frappait vraiment ce besoin d'avoir à apprivoiser les gens pour qu'ils reviennent au souci de leur santé en fait. C'était pas très souvent eux qui venaient spontanément, ça pouvait être par un repérage à droite à gauche d'un travailleur social ou je sais pas quoi et après ça voilà, fallait obtenir qu'ils nous fassent un petit peu confiance et pour qu'on essaie d'avancer dans la nécessité de prendre soin de soi un minimum. Soit de prendre soin de soi soit aussi de prendre soin des autres via toutes les questions de vaccin, de dépistage etc... enfin de se sentir un petit peu responsable de la santé des autres... mais bon, voilà, c'est évident que même si c'est un besoin fondamental d'être en bonne santé, il passe très certainement derrière se nourrir, se loger quoi. Donc c'est sur, le lien il fait aucun doute et puis certainement qu'après les questions d'insécurité génèrent ou majorent, en tout cas sûrement, les problématiques psychiatriques et d'addictologie, ça aussi c'est assez évident. Je sais pas s'il y a eu des études de faites là-dessus mais ça aussi ça semble assez évident.

H : Et en consultation quelles difficultés tu as ressenti quand tu étais confrontée à ce genre de situation de grande précarité ?

N1 : Euh... souvent c'est la difficulté d'examiner les personnes en fait. Souvent on arrive à avoir un échange, en général... encore que parfois, même sur le plan de l'échange verbal il y a déjà des freins mais... C'est souvent que je propose même pas hein... enfin je propose en général une prise de tension parce que ça c'est relativement neutre. Il faut quand même un tout petit peu retirer le blouson mais... mais voilà, c'est pas trop violent. Et puis ça va être dans un 2nd temps, peut être lors d'une 2^{ème} consultation qu'on essaiera d'aller un peu plus loin sur euh... bah sur le rapport au corps hein en fait, parce que voilà, parce que précarité ça rime quand même... enfin, grande précarité en tout cas, très fréquemment, avec les problématiques d'hygiène et cetera et donc d'image de soi qui est quand même... dont certains on a l'impression en tout cas que ça les fait pas forcément souffrir mais enfin, pour un certain nombre d'autres on sent bien quand même que... Ben voilà se déshabiller c'est violent quoi. Donc sûrement ça, donc forcément ça limite un petit peu le champ de ce qu'on peut faire parce que c'est quand même important de pouvoir examiner les gens et... enfin non seulement pour les informations que ça permet de recueillir, mais aussi parce que dans la relation et dans la prise de conscience de... justement de ce dont on veut prendre soin, c'est à dire aussi leur corps quoi... bah c'est quand même important de pouvoir avoir cette étape-là... euh, bah difficultés après c'est des choses que j'ai déjà évoquées : quand je sens que je vais avoir du mal à mettre mes émotions, donc un peu trop d'implication parfois ou trop de... voilà, pas assez de distance. Enfin j'essaie d'avoir cette distance mais... voilà en fait en situation de consultation je me contrôle, mais je sens que c'est là quand même. Voilà et puis ben... le sentiment de « je ne peux rien faire », de...

H : D'impuissance.

N1 : Oui, voilà je... bah ça forcément c'est une difficulté pour mener ces prises en charge quoi. Après voilà, jusqu'au moment où on arrive à se situer de façon... comment dire... justement ajuster : « je ne suis pas toute puissante », « je ne peux éventuellement rien à leur situation administrative », si ce n'est peut-être de fournir, comme je viens de le faire tout à l'heure encore, un certificat pour dire « il faudrait absolument que cette dame puisse être logée dans un truc plus sec plus... voilà », mais à part ça y'a pas grand grand-chose d'autre sur lequel je puisse vraiment agir, mais j'ai encore tout une marche de chose à proposer et en particulier d'être le lieu où ils peuvent être un peu écoutés, et ça c'est quand même très précieux, donc voilà et puis bon... peut-être quand même aussi dans certains cas bah... fournir un certain nombre de... voilà, de médicaments... enfin voilà, d'aide technique malgré tout pour certaines choses, mais... Difficulté, bah... après je les rencontre pas vraiment ici, voilà c'était plus dans le cadre de la PASS, qui sont les difficultés liées à l'accès aux soins et à une certaine limitation quand même de l'accès aux soins, enfin voilà, on peut pas tout à fait tout faire non plus. Je les ai quand même un peu en tête malgré tout, même si on va dire administrativement éventuellement, les personnes ont accès donc ça nous arrive quand même de recevoir ici parfois des gens qui sont pas bien correctement orientés, qui finalement n'ont plus tout à fait les droits ouverts ou... et donc, il y a des choses qu'on peut pas faire mais je l'ai quand même en tête au sens où... ben j'essaie de garder le souci aussi de notre responsabilité collective par rapport aux moyens dont nous disposons pour la santé publique, et donc voilà... à faire ce qui est le plus nécessaire et le plus indispensable et... peut-être à choisir de surseoir sur des choses qui sont un peu plus de l'ordre du confort et... même si parfois, notamment dans les migrants, il y a quand même des demandes qui partent un peu dans toutes les directions et ils voudraient avoir tous les bilans du monde... *rire* Parfois ils savent même pas pourquoi, mais « il faut me faire un grand bilan quoi » voilà... me faire une radio de ceci, des radios des fois ça n'existe même pas « la radio de ceci » ... *rire* Bon, ouais donc il peut y avoir voilà... Mais c'est pas vrai spécialement de la grande précarité ça peut être vrai un peu de tout le monde d'avoir à... d'avoir à limiter un peu les... à pas dire oui à toutes les demandes en tout cas, voilà. Bon voilà spécifiquement la grande précarité il y a quand même des choses qu'on peut pas faire, des choses dont ils peuvent pas bénéficier, mais même si on est ici dans un cadre extrêmement privilégié, je pense par exemple à un soutien psychologue, bon voilà on a la chance d'avoir quand même un petit peu d'offre ici, mais enfin c'est quand même une offre... qui reste limitée, voilà... l'agenda est vite saturé donc voilà, des soins dentaires, des soins de lunetterie particuliers, des choses comme ça... bon, voilà c'est peut être considéré comme du luxe voilà. Il y a des gens qui ont des états notamment dentaires tellement cata qui peuvent bénéficier éventuellement qu'on leur fasse sauter toutes leurs dents, bon ça c'est une autre chose mais après... donc voilà, la question économique elle entre quand même en ligne de compte de différentes manières quoi.

H : Et par rapport aux difficultés que toi tu as ressenti, quelles solutions tu as mises en place pour y surseoir ?

N1 : Bah ça passe parfois par la mobilisation de... de travailleurs sociaux... mobilisation ou mise en relation parfois, parfois ils sont déjà un peu sur le coup mais les personnes sont pas forcément capables de l'expliquer donc... amplifier un peu la collaboration avec l'existant... voilà les ressources existantes, notamment celles du travail social. Ça peut arriver de renvoyer des personnes en direction de la PASS, parce qu'on a pas la possibilité, nous, de leur fournir un accès aux médicaments, des choses comme ça s'ils ont pas... voilà, s'ils ont pas leur couverture santé. Quels autres moyens... ça m'est arrivé de faire du lien avec les réseaux associatifs, aussi quand même... soit pour des accès pour la nourriture, soit pour d'autres choses qui sont... Alors ici c'est quand même des gens en grande précarité que j'avais l'occasion d'orienter sur de l'alphabétisation ou des cours de français, que je savais pouvoir disponible dans certaines assos. Quoi d'autre... en fait c'est tout ce qui est autour du lien... enfin d'élargir un petit peu le... voilà, je pense à cette famille-là par exemple, moi je me suis mise en lien à ce moment-là avec le PRE parce que voilà, autour de cet enfant qui était en souffrance au niveau scolaire donc il y avait aussi des choses à voir... et la santé de la maman passait par un relatif meilleur bien-être de sa fille, donc c'était un autre levier on va dire à actionner... ça fait partie des choses pour lesquelles on a quand même certaines chances dans l'exercice ici précisément, parce que... parce que on a connaissance comme ça de quelques portes possibles sur certaines problématiques. Après, hormis d'essayer d'offrir une écoute de la meilleure qualité possible...

H : C'est déjà très très important pour eux.

N1 : Même si moi ça fait un petit moment que je m'en suis pas servi mais bon, l'interprétariat téléphonique, d'un point de vue moyen technique, voilà ça peut être quand même aussi une aide. Parfois ça passe par des subterfuges de trouver des prétextes en fait, pour finalement revoir des gens un peu pour... donner des intervalles voilà... on peut faire un petit bilan, ça peut être une vaccination qu'il faut reprogrammer, ça peut être... pour essayer un peu de suivre ce qu'il se passe.

H : Afin d'être sûre de les revoir, d'assurer une 2^{ème} consultation quoi.

N1 : Oui. Éventuellement en demandant à Céline la programmation d'un prochain bilan... enfin, d'un prochain rendez-vous, y compris avec le fait de... si besoin, si on sent que c'est nécessaire, de pouvoir rappeler les gens... pour faire qu'ils se sentent pas totalement tous seuls, voilà... Ca m'est arrivé quelques fois de me demander, mais je l'ai pas fait parce que ce n'était pas ajusté, mais voilà, si je devais aller plus loin, de me dire est-ce que je dois donner une aide financière ponctuelle à cette personne qui me dit qu'elle n'a rien à manger, est-ce que je dois le transporter dans ma voiture, d'un point à un autre, après une consultation...

H : C'est déjà arrivé ?

N1 : Alors dans ma voiture, je l'ai fait une fois. Aide financière, j'ai choisi de ne pas le faire... mais je me suis plusieurs fois posé la question... Je me suis dit que c'était pas ajusté de mélanger les choses, mais bon...

H : Ok, et par rapport à cette identification sur certaines situations de ta vie, t'as décidé, enfin... t'as réussi à mettre un petit peu de distance...

N1 : Oui, je peux je peux dire que oui, mais je pense que c'est aussi le bénéfice du fait que j'ai une activité à temps partiel, très partiel. Quand j'ai commencé la PASS, je me suis dit là je serais pas capable de travailler à temps plein, uniquement avec des personnes qui sont... pratiquement toutes, pour le coup pour la PASS, en grande précarité quoi. Parce que ça aurait été trop lourd pour ce que j'aurais été capable d'absorber, je pense. Même si je me sentais plutôt bien dans cet exercice qui... qui aurait autant d'écoute que de savoir-faire, de savoir technique on va dire. Mais voilà le fait de faire autre chose et d'avoir justement des activités complètement autres par ailleurs, je pense que ça me permet cette mise à distance, mais c'est vrai que de temps en temps on revient quand même à la maison avec et... voilà, notamment le fait de dire je viens de quitter une famille sans papier qui va faire le 115 ce soir, et moi j'ai de la place chez moi et... bon j'habite pas en ville alors c'est voilà... mais jusqu'où s'impliquer ? je suis aussi consciente que voilà... la bonne volonté c'est bien, mais il faut pas trop improviser de choses dans ce domaine aussi et se retrouver ensuite englué dans des situations parfois inextricables. J'ai quelques amis qui se sont embarqués dans des choses comme ça et pour lesquels ça a été compliqué ensuite de gérer le petit doigt qu'ils avaient mis dans... notamment dans des propositions d'hébergement... Si ça devait se faire un jour je pense que je le ferais vraiment en lien avec un réseau cadré... voilà.

H : D'accord, et est-ce que tu as le sentiment que leur situation de grande précarité peut impacter la relation que tu as avec eux en tant que médecin ?

N1 : En fait là moi, la question que tu me poses, je l'entends presque comme : « est-ce que j'ai plus ou moins envie de les aider finalement ? », ou quelque chose comme ça... Peut-être j'ai plus envie de les aider au fond. Voilà, spontanément. Mais peut-être j'essaie juste de me situer vis-à-vis de toutes les personnes que je reçois, le plus possible de la même manière, afin d'arriver avec les mêmes désirs, mais bon... on a nos limites et c'est clair qu'il y a des personnes qu'on a plus envie d'aider que d'autres, parce que leur situation nous touche davantage ou parce que peut-être paradoxalement, parce qu'elles sont moins demandeuses au fond, parfois, euh ... c'est plus compliqué d'aider les gens qu'on

voit très souvent et qui sont toujours dans la demande et qui sont très angoissés de tout... Et est-ce que ça impacte bah... ça impacte par le biais des limites qu'on a dites tout à l'heure, c'est-à-dire les choses qu'on peut difficilement faire parce qu'elles y ont difficilement accès ou parce que c'est trop compliqué de les mobiliser. Un monsieur que j'ai vu cet après-midi... bon, il a un toit à peu près mais... enfin il passe l'essentiel de son temps dans la rue quand même. Il vient curieusement me voir tous les 6 mois pour son hypertension, qui est bien contrôlée avec je sais plus quoi... enfin bref, Coveram ou un truc basique, bref. En fait il a des problèmes addicto sur lesquels il a absolument aucune envie de faire quoi que ce soit. En fait, je pense qu'il a un début de cirrhose, il a que quarante-deux/trois ans, un truc comme ça... Mais j'avance pas du tout sur ce plan avec lui parce que, on en parle un petit peu mais... il n'est pas du tout dans le déni de ses consommations mais il a aucun désir de... d'avancer là-dessus, donc ça ça fait aussi partie de... mais bon ça sûrement que n'importe qui a besoin de mobiliser des ressources pour avoir envie de s'occuper de sa santé, mais enfin quand même les gens en précarité, notamment sur ces problèmes là de... d'addictologie, ça c'est quand même un vrai obstacle à la prise en charge hein. Parce que tant qu'on n'a pas mobilisé la motivation de la personne on peut bien dire tout ce qu'on veut et il se passe rien.

H : Et quel sentiment ça fait naître chez toi cette volonté de pas agir de la part de ce patient ?

N1 : Alors celui-là ça fait un petit moment que je l'ai... je crois que j'ai un peu baissé les bras en fait, même si de temps en temps j'en remets une petite couche mais... il est à la fois tout à fait sympathique, respectueux de ses rendez-vous, mais bon juste pour que je lui represcrive son Coveram et le reste... qui me paraît pourtant bien plus important à mes yeux et ben... mais je... voilà, je crois que, pour ce monsieur là en tout cas, j'ai appris à accepter de me dire que ça reste sa liberté quand même quoi, et qu'il fait quand même ce qu'il veut de sa vie quoi. Alors même si ça me gêne un peu aux entournures, parce que je me dis à un moment ou l'autre, parce qu'il fait ce qu'il veut de sa vie, ben... on va devoir le soigner, probablement l'hospitalier longuement, parce qu'il va nous faire la cirrhose et toutes ses complications et que ça ne regarde pas que lui, ça a quand même un impact sur beaucoup d'autres personnes et sur le coût de la santé etc mais... mais bon. D'abord au fond bah... c'est sa vie quoi.

H : Ok, et quel besoin tu pourrais exprimer aujourd'hui pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

N1 : Bah en tout cas ce que je mesure, c'est qu'on a besoin de temps hein. Donc je veux dire par rapport à, peut-être, ton travail de thèse, et je sais pas quelles répercussions ça peut avoir derrière mais... c'est clairement des consultations qui peuvent pas, pour qu'elles soient de qualité suffisante, ça tient pas dans 1/4 d'heure hein, c'est pas possible. Donc derrière, bon je ne suis pas concernée par la situation étant salariée, mais il y a sans doute des questions de valorisation du travail par rapport à la prise en charge de ce type de personnes.

H : Valorisation financière ?

N1 : Bah oui, oui, par rapport à un temps dédié de consultation qui est nécessairement très long hein. Ou alors on fait rien, on met un petit sparadrap sur... voilà... Les besoins qui pour une bonne partie, enfin pour moi qui sont nourris ici parce que la structure le permet... bah c'est cette question de réseau quoi, et de liens avec tous les partenaires qui peuvent entrer en ligne de compte dans la prise en charge de personnes comme ça, donc c'est sûr que on a la chance ici pour que ça soit favorable, pour se tenir un peu en relation et savoir au moins un peu ce qui existe, et n'être pas tout seul à gérer la situation. Mais j' imagine bien que si j'étais toute seule dans un cabinet libéral, je sais pas trop comment je m'y prendrais, mais ça serait certainement un manque de... de pouvoir bénéficier de tout ça. Je crois, enfin oui après c'est pareil, besoin comme ça peut-être un peu pesant, mais là aussi, ici on a aussi la chance de bénéficier de temps en temps de groupes d'analyse de pratique donc même de pouvoir déposer un peu toutes ces choses-là, je pense qu'effectivement c'est un type de situation, c'est pas les seules hein, mais qui nécessitent certainement particulièrement de pouvoir être un peu relu, partagé avec d'autres... voilà.

H : Par rapport à la prise en charge du patient ou à la gestion émotionnelle de la situation, ce besoin d'échange ?

N1 : Là je pensais plus à la gestion émotionnelle, mais bon la prise en charge oui elle nécessite aussi souvent de l'échange. Mais bon, là ça rentrait plus dans ce que j'ai dit juste avant, c'est à dire tout ce qui tourne autour du réseau, des personnes, des liens à activer ou à entretenir en tout cas. Après c'est vrai que ça nécessite, mais je sais pas comment, enfin je sais pas si ça s'apprend, ou si c'est quelque chose de... enfin on est plus ou moins fait pour ça mais il y a des manières d'être. La toute première consultation que j'ai fait à la PASS, je me souviens que ça faisait donc 10 ans que je n'avais pas fait de médecine. J'avais été extrêmement touchée par la manière dont l'infirmière qui était avec moi ce jour-là a pris en charge le premier patient qu'on a vu, qui était un monsieur qui avait des plaies liées probablement à une rixe sous l'effet de consommation d'alcool et qui était en état de saleté assez avancé et qui... bref. En tout cas, sentir la délicatesse et le respect avec lequel ça se faisait ça m'avait beaucoup touchée. Quand on voit ce qui peut se passer par ailleurs quand on... voilà, on voit des gens à la rue, qui font la manche où y a pas grand monde qui les appelle, y a pas grand monde qui leur dit bonjour déjà, et leur dire bonjour, éventuellement « bonjour monsieur » voilà... Et là j'ai senti ça... Et donc ça m'a tout de suite aiguillée sur le fait que j'étais peut-être pas dans une mauvaise voie-là... voilà, mais je sais pas si ça s'apprend, enfin en tout cas de quoi on a besoin, de mobiliser ça en soi je pense, en tout cas de... ouais d'être au fond profondément respectueux des situations et des parcours, même si de temps en temps on aurait vraiment envie de secouer le cocotier parce qu'on a l'impression que les personnes font pas tout ce qu'il faudrait pour s'en sortir, en fait. Il y en a qui sont... voilà, il y en a qui sont très volontaires, peut-être là si je regarde plus le côté des migrants, je pense que pour la majorité de ceux que j'ai rencontrés, voilà ils sont vraiment dans le désir d'avancer, de s'en sortir. Pour ceux qui sont peut-être un peu plus chroniquement à la rue, chez nous, et notamment encore une fois, les addictos... c'est moins net, mais je sais pas de quelle liberté vraiment ils disposent pour prendre le large avec ce qui les enferme dans leur grande précarité. En tout cas moi j'apprends là, au contact de ces personnes-là, à être respectueuse en fait. Je sais pas si ça m'aide beaucoup, pour autant je suis pas très à l'aise quand je les vois dans la rue, des fois les mêmes, ça peut arriver, quand on reçoit en consultation et qu'on les voit dans la rue mais... mais voilà j'aurais sans doute besoin que socialement on ait tous, qu'on soit tous davantage habités de ce regard-là quoi. J'ai bien conscience que je te réponds des choses qui sont très sur un plan émotionnel et pas trop médico-techniques.

H : Le but c'est aussi d'explorer cette part émotionnelle aussi.

N1 : J'ai pas vraiment besoin d'autre chose, parce que voilà, parce que j'ai le sentiment que... ici j'ai à peu près ce qu'il me faut quoi. Et que en plus quand je rentre chez moi, quand même y a mon mari, c'est lui qui a monté la PASS au départ, à l'hôpital etc, donc voilà c'est un secteur qu'il connaît. Et le réseau RASSEL qui maintenant a donné derrière, au bout du compte, le DAC 28, enfin... C'est un secteur qu'il connaît bien aussi, donc je peux assez facilement partager ce qu'il se passe si besoin avec lui.

H : Parfait, est-ce qu'il y a d'autres choses dont tu voudrais parler ?

N1 : Je pense qu'on a pas mal fait le tour hein. Peut-être pour terminer avec cette première consultation dont je te parlais tout à l'heure-là à la PASS. Quand même, vraiment un besoin, c'est de pas être seul face à ces situations-là, et moi, pour moi, ça a été très très très aidant de commencer dans le cadre de la PASS, où on était toujours un binôme infirmière/médecin. Je suis pas sûre que j'aurais été aussi à l'aise si j'avais attaqué d'emblée, toute seule, donc ça ça fait... bon, là j'expérimente moins directement, mais en même temps, là on est dans le cadre de la maison donc on se sent jamais seul, parce qu'il y a toujours Céline ou... Mais ça c'est quand même précieux parce qu'un exercice solitaire pour prendre en charge les personnes en grande précarité, je pense que moi je suis pas capable, mais bon... peut-être que d'autres seraient capables mais...

H : Merci beaucoup.

N1 : Mais de rien.

H : Merci c'était très riche.

Entretien N2

Présentiel : au cabinet de l'interviewé

33 minutes

H : Donc, je suis en 6e semestre de médecine générale, c'est la dernière ligne droite... et dans le cadre de ma thèse, je réalise une étude sur la grande précarité, « les représentations des médecins généralistes concernant les patients en situation de grande précarité ». Je tenais à préciser, du coup, que l'entretien est anonyme hein... y aura aucune information, et le nom et le prénom seront remplacés par des numéros, voilà. Alors, je te laisse te présenter brièvement.

N2 : Alors, je suis médecin généraliste à Chartres, installé depuis 30 ans.

H : Je veux bien ton âge ?

N2 : 59, je vais avoir 59 ans au mois de d'août... et je suis maître de stage aussi... et puis quoi d'autre ?

H : Le cursus ?

N2 : Le cursus... bah j'ai un DU en soins palliatifs, j'ai un DU d'éthique, et puis voilà, des formations tout au long de ma carrière...

H : D'accord, et tu t'es installé d'emblée ou t'as travaillé...

N2 : Bah je me suis installée assez tôt hein, je me suis installé en juillet 94... non, j'ai pas fait grand-chose d'autre après... j'ai eu quelques activités annexes à mon cabinet libéral... pendant quelques années, j'ai fait des consultations à la maison d'arrêt... après c'était un petit peu aux urgences... j'ai aussi été médecin coordinateur d'un ehpad pendant 5 ans, là à Chartres... et puis maintenant j'ai une activité de consultation au centre de santé de Beaulieu là...

H : Ok, est-ce que tu parles une langue étrangère ?

N2 : Très peu, un tout petit peu l'anglais mais je suis très mauvais...

H : Est-ce que t'as déjà eu une expérience humanitaire à l'étranger ?

N2 : Non.

H : OK, alors... raconte-moi la dernière situation où, en consultation, t'as été confronté à une personne en situation de grande précarité.

N2 : La dernière, donc c'est forcément au centre de santé je pense, parce que ici... en fait, c'est la raison pour laquelle j'ai voulu aller consulter là-bas, parce qu'ici les gens en grande précarité en fait on les voit très peu, parce que faut prendre un rendez-vous... et puis normalement on prend plus de nouveaux patients non plus, parce qu'on est tous complètement surbookés donc... moi j'avais le souci de pouvoir rejoindre un peu cette population là et donc c'est pour ça que j'ai bien voulu aller travailler une après-midi par semaine. Alors le dernier que j'ai vu... je réfléchis... faut vraiment que ce soit le dernier ou c'est celui qui me vient à l'esprit ?

H : Oui ou celui qui t'a le plus marqué par exemple.

N2 : Ouais, bon alors c'est une petite dame âgée qui doit avoir 75 ou 80 ans par là... qui m'a été amenée par une assistante sociale pour... alors d'une part suite à une chute où elle s'était abîmée l'épaule, et puis avec un contexte social compliqué parce que c'est une dame qui n'a plus d'eau chez elle depuis au moins 4 ans... qui a plus d'eau, plus d'électricité, qui vit dans une grande précarité sanitaire en tout cas... donc voilà... ce qu'il faut que je te raconte c'est quoi ? c'est la consultation ?

H : La consultation, comment s'est passée la consultation ? comment tu as ressenti les choses ?

N2 : Donc une dame tout à fait charmante enfin... qui sentait très mauvais hein, ça c'est un élément, mais enfin on l'a suivi un peu à la trace... mais tout à fait consentante, elle était venue accompagnée d'une... alors pas de son assistante sociale, mais d'une personne du CCAS qui accompagne les gens... je sais plus comment s'appelle cette femme-là... donc voilà, j'ai commencé par m'occuper de ce qui l'a amené en premier, c'est-à-dire son épaule : elle avait l'épaule complètement bloquée, suite à une chute, elle n'avait pas été explorée, elle avait été aux urgences mais ils n'avaient rien fait et donc... voilà, en creusant un peu la chose, je me suis aperçu aussi qu'en fait elle avait été suivie par un cardiologue de nombreuses... enfin quelques années avant, mais qu'elle avait complètement laissé tomber son suivi, elle était sous bêtabloquant pour je sais plus trop quelle pathologie... je crois que c'est une tachycardie sinusale, enfin je ne me rappelle plus exactement les détails très honnêtement... donc y avait ça, fallait refaire un petit peu un point cardio, fallait évaluer son épaule, et puis il fallait aborder un peu la question sanitaire quoi... parce que, voilà... donc qu'est-ce qu'on a fait ? bah... je lui ai prescrit des radios, parce que j'avais la chance d'avoir quelqu'un avec elle qui voulait bien l'emmener et la coacher pour tout ça et je savais que j'avais l'assistance sociale derrière aussi qui était là, donc on prescrit les radios, on a prescrit des antalgiques niveau 2 je pense, j'ai prescrit aussi un bilan sanguin parce qu'elle était un peu maigrichonne, je pense qu'elle mange pas tous les jours, voilà... donc elle a été d'accord pour tout ça. J'ai prescrit aussi un fauteuil roulant je pense... et puis une attelle Dujarrier, voilà... donc après j'ai recontacté l'assistante sociale, qui a dit OK... Et puis après j'ai reçu les radios, le bilan sanguin, les radios ça montrait beaucoup d'arthrose, je crois qu'il y avait rien de cassé mais enfin... sans doute une coiffe complètement usée aussi... bah voilà... et donc en concertation avec la directrice du centre, l'assistante sociale... on s'est dit que la bonne idée pour elle ça serait qu'elle fasse un petit séjour en rééducation, donc on a contacté la clinique de La Boissière, on a fait un dossier d'admission. Pendant ce temps-là, l'assistante sociale a beaucoup travaillé sur l'hygiène, elle est allée lui acheter des vêtements pour qu'elle puisse aller à La Boissière avec des vêtements, voilà... *rire* Donc bah... tous s'est très bien passé en fait, moi j'ai revu la dame, je lui ai expliqué, donc ça l'a fait un peu pleurer quand il fallait aller là-bas mais en fait elle acceptait quoi, elle était tout à fait consentante et aux dernières nouvelles elle est partie la semaine dernière là, dans une tenue correcte et puis bah... Ah oui, le gros problème qu'elle avait c'était son chien, elle voulait pas se séparer de son chien, donc voilà après discussion elle a confié son chien à je sais plus qui pour s'en occuper etc...

H : Donc vous avez géré la situation en équipe.

N2 : Ah oui avec l'équipe, sans équipe je crois que j'aurais pas pu hein honnêtement.

H : Et comment tu t'es senti dans la gestion de cette situation justement ?

N2 : Bah bien, parce que j'étais pas tout seul, c'était vraiment ça hein. Tu vois, parce que j'aurais été ici par exemple, bah j'aurais fait des choses hein, bien sûr... j'aurais pas rien fait, mais d'abord ça m'aurait pris mille fois plus de temps, parce qu'il aurait fallu que je contacte qui est l'assistante sociale, là j'ai pas besoin de chercher, je savais qui était l'assistante sociale, ouais ça aurait été beaucoup plus compliqué ici c'est sûr...

H : Ok, comment tu définis la grande précarité ?

N2 : Alors la grande précarité... je pense qu'il y a plusieurs chapitres en fait, alors j'ai l'impression hein... Y a la précarité financière, mais qui est peut-être pas, en tout cas c'est rarement le seul élément

qui fait que les gens sont en précarité, je pense pas... Il y a la précarité relationnelle, les gens qui sont seuls, qui n'ont pas d'entourage... qu'est-ce que je pourrais te dire d'autre ? Et puis des gens qui n'ont plus la ressource non plus, psychique, pour se prendre en charge en fait, on sent bien qu'il y a des gens ils ont un peu baissé les bras... ils sont dans la rue, ils sont chez eux dans des états déplorables... mais ils en ont plus forcément... enfin cette dame-là, elle avait plus trop conscience, je pense, de son état... enfin elle en avait conscience inconsciemment, mais elle voulait rester chez elle avec son chien, tout ça... Et donc on voit des gens comme ça qui se protègent un peu de la réalité en fait, tu vois. Euh... qu'est-ce que je peux dire d'autre... mais ouais, quand on voit des gens qui vivent à la rue, je trouve qu'il y a... ce qui est au premier plan souvent, c'est l'isolement, enfin ils ont un petit entourage de proximité, d'autres gens qui sont dans la rue, mais il y a une espèce d'isolement, il y a pas de famille ou il y a plus de famille ou il y a une rupture familiale... il n'y a pas beaucoup de ressources souvent, ou ils ont même plus la capacité d'accéder aux ressources qu'ils pourraient avoir quoi... souvent l'assistante sociale est une personne clé pour ces gens-là, quoi. Je sais pas si ça définit la précarité tout ce que je t'ai dit mais... c'est ce qui me vient à l'esprit.

H : C'est ce que j'explore justement. Eh bien, je te propose qu'on se mette d'accord sur une définition commune de la grande précarité. On a regardé un peu dans la littérature et donc on qualifie les personnes en situation de grande précarité... les personnes n'ayant pas de logement stable. Donc ça peut être des personnes sans domicile fixe, ça peut être les personnes qui sont dans un hébergement social, voilà... ça englobe pas mal de patients... Quelle est, du coup, la proportion des personnes en grande précarité que tu as dans ta patientèle ?

N2 : Ma patientèle ici ?

H : Toute patientèle confondue, que ce soit ici ou au centre de santé.

N2 : Alors ici je dirais que... vraiment la grande précarité... ici je pense que j'en ai pas... si on parle de gens à la rue, sans logement...

H : A la rue ou hébergé... mais sans logement stable quoi.

N2 : Non je crois pas, ou alors ça m'arrive pas à l'esprit. Au centre de santé bah j'en ai beaucoup plus parce que c'est... mais en même temps c'est un peu artificiel parce que moi je leur ai dit que je voulais voir des gens comme ça... enfin tu vois, ça m'intéresse pas d'aller là-bas pour voir un couple de personnes âgées qu'ont leur diabète, leur tension... j'y vais pour... parce que ça m'intéresse quoi en fait hein. Et donc là-bas... te dire une proportion j'aurais du mal hein... je sais même pas combien de patients je suis là-bas, tu vois c'est difficile. En plus, ce qui est difficile pour répondre à ça, c'est que c'est des gens qu'on voit pas régulièrement quoi, parce qu'ils viennent, ils viennent plus, on les revoit pas pendant un an, puis ils reviennent... Faut vraiment que je te donne un pourcentage ? *rire*

H : Non, non.

N2 : Honnêtement, j'en sais rien...

H : En tout cas, la part que tu vois au centre de santé est beaucoup plus importante que celle que tu vois dans ton cabinet. Et selon toi, quels sont les facteurs qui contribuent, enfin... qui amènent à cette précarité ?

N2 : Bon, il y a la question financière... enfin, je connais pas tout hein mais... je dirais oui, la question financière... souvent une perte d'emploi ou... mais c'est rarement que ça quoi en fait hein. Quand même souvent il y a l'alcool, il y a souvent aussi une toxicomanie, les addictions en général quoi, les ruptures familiales je sais pas si j'en ai parlé mais ça c'est quand même très fréquent aussi, voilà... il y a souvent des gens qui ont fait de la taule aussi, enfin qui ont fait de la prison... Ouais puis l'isolement, je crois que l'isolement c'est un facteur déterminant moi je trouve, enfin j'ai l'impression... donc l'isolement social, pas que familial, les gens ont plus de boulot, ils ont plus de relation, souvent ils ont

honte aussi, donc recontacter la famille ils y arrivent pas non plus quoi... et puis y en a quelques-uns qui, pas beaucoup, mais j'en ai un ou 2 quand même, qui m'ont exprimé que... c'était leur choix de vivre à la rue, voilà, je crois pas que ce soit la majorité qui m'ont exprimé ça.

H : D'accord et quel est l'impact que peut avoir la grande précarité, selon toi, sur l'état de santé ?

N2 : Bah il est majeur en fait, parce que, c'est ce que je dis souvent : ces gens-là, en fait, la santé c'est pas la préoccupation principale, ils ont d'autres problèmes plus...

H : D'autres priorités.

N2 : D'autres priorités à gérer... où est-ce que je vais dormir ce soir... comment je vais faire pour trouver de l'alcool, comment je vais faire pour trouver du cannabis, enfin... donc honnêtement la santé c'est pas la première préoccupation quoi en fait... et donc, bah ça laisse libre cours à certaines pathologies pour se développer en fait. Je pense à un patient comme ça, qui avait un antécédent de polypose colique, qui avait eu des coloscopies quand il était jeune et puis là ça faisait... je sais pas, 35 ans qu'il avait pas fait de coloscopie quoi... Il a fallu contacter le service de gastro... parce que c'est un monsieur qui est à la rue hein...

H : D'accord.

N2 : Donc leur expliquer qu'il pouvait pas faire sa préparation de coloscopie comme ça à la rue donc il fallait qu'ils le prennent à l'hôpital, enfin voilà... tu vois, mais du coup lui par bonheur ils lui ont pas trouvé de cancer mais enfin il est resté quand même longtemps sans s'occuper de sa santé. Ta question initiale c'était quoi, excuse-moi ? *rire*

H : Je demandais quel était l'impact de la grande précarité sur la santé, donc voilà tu disais un retard de diagnostic.

N2 : C'est ça, et donc plus de complications des maladies chroniques aussi quoi. Quelqu'un qui a un diabète ou une cardiopathie et cetera avec le tabac en plus parce que c'est souvent des fumeurs donc... Après, il y a que des cas particuliers je trouve, parce qu'il y a quand même, dans les gens qui sont dans la grande précarité, il y a des gens quand même qui s'inquiètent un peu de leur santé, enfin c'est pas que des gens qui s'en foutent.

H : Il y a des exceptions.

N2 : Oui, il y a des exceptions en fait hein... Qu'est-ce que je pourrais te dire d'autre... Ouais et puis voilà, la grande précarité ça rend plus compliqué la gestion de sa santé en fait. Le patient dont je te parle, la coloscopie... ben si t'es à la rue tu fais pas de coloscopie comme ça quoi... Prendre des rendez-vous c'est pareil, les gens s'en rendent pas toujours compte mais il sentent pas bon quoi... donc ils sont moins bien accueillis dans les hôpitaux, aux urgences, chez les spécialistes, c'est compliqué en fait... donc tout est plus compliqué je pense. J'oublie sûrement des trucs mais voilà ce qui me vient à l'esprit.

H : Quelles sont les difficultés que tu as ressenties quand tu as été face à ces patients en consultation ?

N2 : Bah les premières fois euh... j'ai vite dépassé ça, mais les premières fois je trouvais que c'était d'abord l'odeur, c'est vrai que c'est parfois un peu... c'est bête hein, mais c'est quand même un frein à la relation... mais ça je crois que ce n'est plus un problème pour moi... et puis aussi de rester dans l'empathie, la bienveillance et de pas avoir de jugement préétabli sur ces gens-là avant de commencer à rentrer en contact avec eux quoi en fait... Voilà, ça c'est pareil, maintenant je crois que j'ai un peu dépassé ça, mais au début c'était pas si facile que ça quoi en fait hein... C'est les difficultés en général que tu me demandais ?

H : Les difficultés oui, que toi tu as rencontré.

N2 : Bah... après voilà les difficultés que je rencontre c'est... alors, comment faire pour qu'un patient suive un traitement au long cours ? Ça j'ai pas de solution en fait, quand ils sont isolés à la rue, une hypertension artérielle par exemple bon, ça se fait dans le dialogue, faut essayer de revoir les gens, mais un suivi, rien que ça... un suivi, c'est une difficulté... parce que y a pas de régularité quoi. Voilà, planifier des examens complémentaires... s'il y a pas une assistante sociale derrière, bah c'est aussi plus compliqué. Il y a quelques patients qui arrivent à le faire hein, qui prennent des rendez-vous, tout ça mais... globalement c'est un obstacle en fait. Donc la régularité, les examens complémentaires, le suivi d'un traitement, voilà. Mais au bout du compte, passés les premiers obstacles que je te disais au début là : l'odeur, le jugement, tout ça... j'ai pas de difficulté relationnelle avec ces gens-là. C'est des gens, quand ils sentent qu'on n'a pas peur de les toucher ou de les examiner, la confiance s'établit assez facilement quand même je crois.

H : Des difficultés dans la prise en charge, en dehors de cette difficulté à les rendre observant en fait hein, parce que c'est difficile, ils sont à la rue... est-ce qu'il y a d'autres difficultés que t'as eu dans leur prise en charge à ces patients ?

N2 : Tu veux dire en dehors des prescriptions ? Bah adresser à un spécialiste c'est compliqué tu vois par exemple, quand c'est à l'hôpital encore... c'est encore faisable, mais par exemple adresser à un dermatologue... et puis, c'est des gens qu'ont pas mal de problèmes de dermatose aussi bah... en gros je le fais pas en fait hein, j'essaie de gérer moi-même... la dermatologie je crois que voilà, c'est ça hein... Qu'est-ce qu'il y a d'autre... je suis désolé, en fin de journée je fonctionne vraiment au ralenti.
rire

H : Oui je peux comprendre.

N2 : Ouais franchement je crois que c'est l'accès aux spécialistes qui est compliqué hein... un ophtalmo... envoyer quelqu'un qui est à la rue chez l'ophtalmo, c'est très compliqué quoi en fait hein... d'abord il ira pas forcément...

H : Et à qui t'as sollicité de l'aide pour te tirer de ces situations ?

N2 : Bah la plupart du temps, de mon expérience qui est quand même pas énorme au centre, c'est les travailleurs sociaux, c'est... j'avais des patients aussi qui étaient accompagnés parfois par l'UDAF, c'est pas vraiment leurs tuteurs... enfin si c'est des gens qui s'occupaient de leur tutelle, qui étaient un peu quand même, ouais... qui étaient même très aidants... Je me rappelle un patient que j'ai suivi pendant 3/4 ans mais c'est parce que son accompagnateur de l'UDAF me l'emmenait, prenait les rendez-vous, tout ça... enfin voilà, moi je pouvais pas tout gérer quoi en fait hein... Si on n'a pas une personne, enfin pour un patient qui a des problèmes bien sûr hein... Mais si on n'a pas une personne pour gérer les rendez-vous, les contacts, par exemple s'il y a besoin d'une infirmière et cetera... je vois pas comment c'est possible en fait.

H : Donc on en a parlé hein, l'autre question c'était : les ressources que t'as dû mobiliser pour pallier ces difficultés, et donc c'est surtout les travailleurs sociaux, les accompagnateurs...

N2 : Oui par exemple, et puis des confrères aussi, tu vois comme l'histoire de la coloscopie, j'ai pris mon téléphone et j'ai expliqué le truc enfin voilà... du coup c'était pas tellement à l'assistante sociale de faire ça quoi... donc contact directement avec certains confrères, qui est de plus en plus difficile, mais qu'on arrive quand même de temps en temps à établir donc voilà... ça c'est parfois indispensable aussi.

H : Donc un réseau.

N2 : Un réseau, voilà.

H : Et par rapport aux difficultés relationnelles que tu avais au départ, comment t'as réussi à t'en détacher ?

N2 : Parce que d'abord j'avais la volonté de rencontrer ces gens-là, en fait. Donc tu vois déjà, quand t'as envie de rencontrer les gens, ça aide un petit peu quoi. Je pense que si tu commences à recevoir ces gens-là en étant sur la défensive, et en te bouchant le nez, et en disant je veux pas les voir... ça aide pas quoi en fait hein. Alors après... Oui c'est ça, en ayant le désir de les rencontrer et puis de les aider... et en se mettant pas dans une position supérieure par rapport à eux en fait. Tu vois ce que je veux dire ? C'est pas parce que je suis le médecin et que eux sont le SDF de la rue que j'ai plus de valeur qu'eux quoi en fait. Après c'est des convictions personnelles... c'est des personnes, quoi. Mais après je dis ça... je pense que c'est pas toujours facile mais pour l'instant ça va... enfin c'est aussi parce que je vois pas que des gens comme ça toute la journée, sans doute.

H : Ouais... et qu'est ce qui t'a donné l'envie d'aller vers ces patients ?

N2 : Bah parce que c'est... c'est mes convictions, enfin là du coup on rentre dans des trucs un peu plus personnels, quoi... mais c'est mes convictions, j'ai envie de... Comment te dire ça... d'avoir toujours les pieds sur terre, d'être en contact avec ces réalités-là, et je trouve que... c'est aussi motivé par des convictions philosophiques et aussi... religieuses, voilà.

H : Ok, et tu dirais que d'être en contact avec ces patients là, ça impacte ta relation avec eux ?

N2 : Je comprends pas bien la question ?

H : Est-ce que la situation de précarité a un impact sur la relation que tu as avec eux ?

N2 : Bah je crois que je m'intéresse particulièrement à eux quoi en fait, voilà... c'est-à-dire que je quand j'ai quelqu'un comme ça en face de moi, j'aime bien prendre mon temps, essayer d'avoir un petit lien quand même... relationnel... et instaurer une confiance quoi. Peut-être que finalement, j'ai peut-être presque plus le souci de ça avec eux qu'avec quelqu'un qui va bien quoi.

H : Ok, et de quoi t'aurais besoin pour améliorer la prise en charge ou justement pour pallier les difficultés que tu rencontres dans ces consultations ? Si tu pouvais proposer des solutions ?

N2 : A un moment au centre on avait obtenu un poste d'une femme qui était, alors j'arrive plus à me rappeler du titre qu'elle avait mais...

H : Un médiateur de santé ?

N2 : Voilà, médiateur en santé. Alors, elle allait surtout chez des gens qui avaient des domiciles mais... enfin c'est un genre de personnes comme ça qui serait vraiment intéressant et qui puisse être en lien avec le patient, l'aider à se prendre en charge, éventuellement l'accompagner à ses rendez-vous quand y a besoin... Enfin, c'est pareil on a pas parlé du transport, mais c'est des gens si... si il faut aller je sais pas quoi moi... si il faut aller faire une intervention au Quinze-Vingts pour un œil en mauvais état bah ça va être compliqué quoi en fait... ça, c'est la solution de luxe je dirais, médiateur en santé, c'est vraiment quelqu'un qui fait le lien, avec qui on est en dialogue aussi, voilà... Ah, ça pourrait parfois passer par des infirmières, mais les infirmières libérales je sais pas trop si elles interviennent comme ça dans la rue... j'ai pas l'expérience de ça en fait.

H : Oui, ce serait pour...

N2 : Bah par exemple ce serait pour quelqu'un qui a besoin d'un suivi régulier de traitement, qui est pas bien sur le plan cognitif, mais je vois pas bien comment c'est faisable quoi... *rire* A moins vraiment qu'il y ait un lieu régulier où elles puissent rencontrer les gens quoi.

H : Que les infirmières puissent aller vers les patients sans domicile fixe par exemple ?

N2 : Oui c'est ça.

H : Pour les faire entrer dans le système de santé...

N2 : Ouais ou pour les accompagner dans le suivi de traitement à la rue. Tu vois la petite dame âgée dont je parlais au début, elle a quand même un logement hein, pour moi elle est quand même dans la grande précarité, mais enfin elle a quand même un logement, sans eau sans électricité, j'ai quand même réussi à faire venir une infirmière libérale parce qu'elle avait, suite à sa chute, elle avait quand même des plaies... enfin c'était quand même d'une grande aide aussi ça. Voilà, mais médiateur en santé ça serait... Peut-être aussi... pouvoir aller vers eux quoi, je sais pas trop comment ce serait possible... avec le bus de Nicolas ? *rire*

H : Oui, que j'ai visité aujourd'hui et qui va être mis en route bientôt.

N2 : Voilà.

H : Bah merci beaucoup.

N2 : Ca te va ?

H : Oui, est-ce que t'as d'autres choses à ajouter sur le thème, qu'on aurait pas abordé en question... ?

N2 : Sur le thème euh... alors si, ce dont on a pas parlé du tout c'est côté psychiatrique quoi. Ça je sais qu'il y a l'équipe mobile de psychiatrie qui peut intervenir mais... j'ai pas encore beaucoup de connaissance de ce qu'ils font... enfin je les ai rencontrés une fois mais je suis pas trop en lien avec eux et je sais pas trop ce qu'ils peuvent faire... je sais qu'ils peuvent intervenir comme ça mais... par contre ça, j'ai pas été trop confronté à des gros troubles psychiatriques sur des patients comme ça... même si je sais qu'il y en a mais... mais en tout cas c'est incontournable hein je pense, effectivement, l'intervention psychiatre/psychologue/infirmier psy... Oui j'ai un peu oublié de parler de ça, c'est la fatigue...

H : Il est pas trop tard. *rire*

N2 : Voilà.

H : Très bien, bah merci beaucoup.

N2 : De rien.

Entretien N3

Distanciel : entretien téléphonique

1h22

N3 : Oui allo ?

H : Allo ?

N3 : Oui ?

H : Oui, bonjour.

N3 : Bonjour.

H : Ça va ?

N3 : Oui et toi ?

H : Oui ça va merci. Euh... bah du coup je me présente : Hadda, je suis interne en 6^{ème} semestre et bah... je suis l'interne de Nicolas donc je travaille avec lui à la PASS de temps en temps.

N3 : OK ça marche, bah écoute moi je suis Jean, euh... j'ai fini l'internat l'année dernière, en novembre dernier. Et puis... et puis j'avais été l'interne de Dr *****, je sais pas si tu vois qui c'est...

H : Euh, pas du tout.

N3 : OK, euh... j'étais l'interne de Dr *****, de Dr ***** et de Dr *****, donc l'un sur Dreux, l'un sur Chartres et l'un sur Châteaudun et donc c'est comme ça que j'ai connu la région de Châteaudun et à la fin... donc moi je suis un gars du sud-ouest donc je redescendrai au sud-ouest après la thèse. Donc le temps de la passer, je me suis dit que j'allais venir bosser ici et c'est comme ça que j'ai rencontré Nicolas, à travers ***** parce que Dr ***** s'appelle ***** et donc voilà et donc je bosse avec Nicolas à la PASS depuis novembre dernier, je sais pas s'il t'a déjà expliqué un peu ce que je faisais ?

H : Il m'a dit que tu bossais à la PASS de Châteaudun mais j'en sais pas plus.

N3 : Alors je bosse le vendredi matin là-bas et puis... le vendredi aprèm je fais le CADA hein, les CADA de Châteaudun il y en a deux, et du mardi au jeudi je suis adjoint du Dr ***** à Cloyes-les-Trois-Rivières, un petit bled, et voilà.

H : Ok bon bah super, euh... ben écoute je voulais te préciser hein, bien évidemment que t'étais enregistré, que l'entretien est anonyme donc ton nom il apparaîtra pas, en gros, sur les transcriptions. Et donc ma thèse, pour être précise, elle porte sur les représentations des médecins généralistes sur les patients en grande précarité, voilà. Donc en gros, c'est pas un interrogatoire avec des bonnes ou des mauvaises réponses, euh... enfin c'est pas un interrogatoire scolaire. Ce qui m'intéresse ...

N3 : Il y a pas trop de bruit là ? Ca te dérange pas trop ?

H : Il y a un petit peu de bruit, j'ai peur que ça parasite les enregistrements.

N3 : Y a pas de souci. *change d'endroit*

H : Donc ce que je disais, vraiment, il y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, ce qui m'intéresse c'est vraiment de plonger au cœur de tes représentations, voilà, ce que tu penses toi de ce sujet-là en gros.

N3 : OK.

H : Voilà. Donc t'as déjà commencé à te présenter un petit peu par rapport à ton expérience professionnelle, j'aimerais bien que tu me donnes ton âge, si t'as fait d'éventuels DU complémentaires... ?

N3 : Ouais, du coup moi je suis né en 95 donc là j'ai 29 ans, depuis un mois... le vent te gêne pas ou faut que je reste à l'intérieur ?

H : Euh là pour l'instant ça va.

N3 : Ok, je me mets sur ma terrasse du coup. J'ai fait mon externat à Bordeaux, je suis venu faire mon internat à Tours. Et puis là je... je me concentre sur la thèse et après dans le sud je pense que je ferai un DU médecine du sport, en tout cas c'est l'un de mes projets que j'ai.

H : Ok, donc un DU médecine du sport par la suite, donc c'est varié.

N3 : Ouais c'est ça, mais c'était l'idée aussi de choisir la PASS également.

H : Ouais ?

N3 : Ouais, c'est-à-dire qu'à la fin de l'internat, mon dernier stage d'internat, a été médecine somatique en psychiatrie, à Tours, avec le Dr ***, médecin interniste de Tours et qui va surtout alors... parce que on fait des gardes aux urgences là-bas... au final mon stage aux urgences je l'avais fait à Vierzon ça m'avait pas trop plu parce que c'était trop « urgences » mais faire des gardes de temps en temps ça me déplaît pas. Et puis en fait je me suis rendu compte aussi que la prise en charge sociale m'intéressait dans ce stage de médecine somatique en psychiatrie et la prise en charge somatique aussi. En fait je suis arrivé à la fin de ce stage avec peut-être plus de questions sur mon orientation que j'en avais en y rentrant... et donc c'est aussi pour ça que j'ai choisi la PASS et on va dire que... je voulais essayer des choses que je ne connaissais pas, j'avais aucune idée de ce qu'était la PASS avant de valider ça, j'ai eu vent de ce projet je me suis dit « mais pourquoi pas ? » et puis voilà. Donc par rapport à mon orientation c'est surtout de la curiosité, je te parle du DU de médecine du sport mais en fonction des opportunités professionnelles que j'aurai je pense que je serai peut-être amené... en tout cas je reste ouvert à envisager d'autres DU ou d'autres formations.

H : D'accord donc ce qui t'a amené à la PASS c'était avant tout la curiosité et puis ton appétence pour les prises en charge sociales que t'as eues en médecine somatique c'est ça ?

N3 : Alors oui et non...

H : Alors excuse-moi Jean ? Je crois que ça coupe un peu...

N3 : Ouais ? Je sais pas quoi te dire. *rire*

H : Je sais pas si t'es... t'as un kit main libre ?

N3 : Oui. Là c'est bon.

H : Ah là c'est beaucoup mieux.

N3 : C'est mieux là ou pas ?

H : Ah c'est super.

N3 : Bon bah parfait.

H : Merci.

N3 : Pas de souci. Euh... qu'est-ce que je disais ? Alors oui le... les prises en charges sociales que j'ai rencontrées en psychiatrie c'était principalement dû à la pathologie psychiatrique. Ce qui va poser question aussi c'est m'interroger aussi sur ma pratique et alors là, c'est plutôt par rapport à mon SASPAS où au final j'ai trouvé que j'étais en deçà en termes d'offre de soins pour les patients qui étaient en précarité sociale, en grande précarité sociale et notamment les patients allophones, donc les migrants au premier plan. Et j'ai aussi vu ce poste de PASS aussi comme une opportunité pour moi de progresser dans ce milieu là donc c'était pas tant le côté euh... enfin disons plus que le stage m'a fait me poser des questions sur mes pratiques et m'a fait me dire bah qu'il fallait que je saisisse les

opportunités qui venaient à moi, cette opportunité de la PASS m'a été proposée presque au hasard... et je l'ai saisie et je la regrette pas... et c'est pas tant le stage qui m'a poussé à choisir ça quoi, c'est presque le hasard et me dire que je devais tout prendre... prendre tout ce qui venait tu vois ?

H : D'accord, tout ce qui vient à toi...

N3 : Ouais, essayer.

H : Super... et donc qu'est-ce que t'as appris de cette expérience ? Est-ce que t'as des regrets, est-ce que t'as eu des surprises... ?

N3 : Des regrets : aucun, vraiment aucun. Des surprises : des bonnes surprises, déjà sur le plan du travail d'équipe... c'est vrai que ça me plaît et que le travail de ville, seul, je savais qu'il allait pas me convenir et c'est vrai qu'avoir ce vendredi où je travaille en équipe et notamment avec l'équipe de Chartres que tu connais, qui est très cool, c'est franchement agréable... après sur le plan personnel il y a eu beaucoup de remises en question aussi... euh... je pense parce qu'on a des productions qui viennent de notre éducation indépendamment de nos études et de l'objectivité qu'on doit garder en fait, on l'est jamais vraiment... Et je pense que ça m'a fait évoluer sur cette position, être plus ouvert et me détacher du jugement et surtout dans les informations que je donne... alors c'est pareil je reste en phase d'apprentissage hein... mais je trouve que j'ai progressé sur ma manière de formuler mon information et de l'adapter à mon interlocuteur en fonction de son origine. J'ai encore beaucoup de progrès là-dessus, mais c'est mieux qu'au départ en tout cas.

H : D'accord, c'est intéressant... Donc tu te sens... tu t'es ouvert en fait à ces patients...

N3 : Ouais.

H : Tu t'es ouvert et tu arrives davantage à t'adapter à la patientèle que tu as en face de toi.

N3 : Tout à fait oui. Et puis j'avais aussi un peu plus envie aussi de comprendre cette problématique migratoire dans notre société aussi si tu veux, indépendamment de mon rôle de médecin. Mais... je viens d'un milieu rural si tu veux, dans le sud-ouest, et j'y suis encore assez attaché, et j'y retrouve une certaine défiance de l'étranger... et j'ai baigné là-dedans sans y être très sensible... voilà, mais j'ai quand même baigné là-dedans. Et voilà, c'était aussi une occasion pour moi de... Bah de connaître vraiment les choses, d'aller au contact et de... et de connaître vraiment les choses. C'était aussi ça qui m'a motivé.

H : Merci beaucoup. Est-ce que tu parles une langue étrangère ?

N3 : L'anglais !

H : Courant ?

N3 : Je fais des consultations sans problème en anglais... après je veux pas te prétendre que ma grammaire soit parfaite non plus mais...

H : Mais t'arrives à tenir une consultation en anglais.

N3 : Oui, sans problème, même pour des patients qui sont pas anglais, enfin... tu vois typiquement il y a 10 jours j'ai eu une consultation avec un éthiopien à faire, donc je l'ai faite en anglais et ça s'est très bien passé.

H : Est-ce que t'as vécu une expérience humanitaire ?

N3 : Aucune.

H : Ça t'intéresse ?

N3 : Oui et non.

H : Pourquoi ?

N3 : Parce que je pense qu'il faut y aller avec les bonnes motivations. Encore une fois sur le papier ma curiosité me pousserait à y aller spontanément si tu veux, à tester... d'un autre côté je... enfin, je pense que j'ai encore ce cliché... alors là je vais faire l'ancien là... mais tu vois le cliché des aides humanitaires pendant le Dakar à la fin des années 90, tu vois... où il y avait un peu ce complexe du « blanc sauveur » tu vois ? Et je pense que... non pas que je... je pense pas du tout être comme ça, mais tu vois ce côté ou cette représentation... encore une fois le monde rural duquel je viens il en est encore empreint, et je pense que si je dois y aller moi, tu vois, je veux une envie qui m'est propre, tu vois... une motivation que je considère comme légitime et qui m'est propre et pour l'instant c'est pas encore le cas, donc je reste absolument pas fermé juste je me dis voilà... pour l'instant non et encore une fois, si on extrapole un peu le truc tu vois... si Nicolas me proposait un projet concret aussi, y'a de grandes chances que je dise oui aussi, enfin tu vois...

H : D'accord, merci. La question suivante c'était la proportion de patients en grande précarité mais bon... tu bouges d'un lieu d'exercice à l'autre donc... si c'est difficile t'es pas obligé de répondre à cette question.

N3 : Bah si je peux t'y répondre, parce qu'en fait je fais de la PASS, bon bah là... c'est que de la grande précarité. Je fais donc le CADA, où on commence cette... j'ai presque envie de dire c'est une transition le CADA si tu veux... où t'as la PASS où c'est vraiment de la grande précarité, avec des gens qui sont souvent perdus au-delà du côté médical ou des fois ben... t'as dû te rendre compte en consultations que le motif médical n'est pas vraiment le motif premier de consultation et... le CADA c'est les personnes qui ont déjà évolué en France depuis un certain temps, qui commencent à prendre leurs marques, mais t'as encore... enfin t'as pas que le côté médical qui compte encore, tu guides encore aussi beaucoup les gens. Et puis j'ai le côté ville où là effectivement j'ai beaucoup moins ce truc de... d'orientation... tu sais je fais un courrier pour le cardio, ben je dis aux gens vous vous débrouillez pour trouver un cardio, je vais pas prendre le rendez-vous à votre place. Donc c'est un peu les trois... donc j'ai envie de dire que la précarité diminue plus t'autonomises les gens tu vois... plus t'autonomises les gens plus la précarité diminue... Après en ville et surtout en milieu rural comme celui-ci, qui est un peu j'ai envie de dire à Cloyes la grande périphérie de Paris, où en fait tu récupères certaines personnes qui financièrement ne peuvent pas se permettre de vivre à Paris et qui donc s'éloignent pour vivre dans un endroit où ils peuvent vivre tout simplement et qui travaillent souvent sur Paris quand même, j'en ai pas mal comme ça et en fait j'ai de la précarité sociale aussi à Cloyes et j'ai de la précarité chez des patients qui sont français c'est pas le même type de précarité et il y a souvent des problématiques d'addicto, beaucoup plus qu'à la PASS et au CADA donc en fait les précarités que je rencontre en ville c'est des précarités addicto ou dans des contextes familiaux extrêmement complexes...

H : Quand tu dis dans des contextes familiaux... c'est des ruptures familiales, des isolements ?

N3 : Beaucoup de violences sexuelles, beaucoup de femmes en violence sexuelle avec souvent secondairement une problématique d'addicto et qui est difficile à prendre en charge parce que tant que le psy, enfin le traumatisme, n'est pas... n'est pas géré... enfin c'est pas facile de l'être mais tant que le traumatisme n'est pas géré, c'est compliqué de gérer la problématique addicto puisque les rechutes sont souvent motivées par des moins biens psychologiques voire psychiatriques et... et après oui il y a beaucoup d'enfants en rupture scolaire aussi, que je considère en situation de grande précarité, pas à l'instant T mais qui sont aussi à risque d'évoluer vers la grande précarité dans les années qui viennent avec... là j'en ai deux en harcèlement scolaire aussi, deux patientes que je suis, qui sont complètement déscolarisées avec un milieu familial qui tient mais qui tient sur les grands-parents et qui vont pas

tenir... qui vont pas être là éternellement, avec des parents relativement absents et là c'est vrai que c'est compliqué

H : D'accord, pourquoi tu définis ces enfants-là en situation de précarité ?

N3 : C'est pas vraiment une situation de précarité, mais je fais pas la différence parce que pour moi ils sont à risque de devenir en situation de grande précarité par manque de repères et par manque de solutions financières déjà préexistantes, c'est-à-dire que les personnes qui s'occupent d'eux sont à faibles ressources et... par manque de repère si tu veux... c'est des gamines qui genre... enfin je dis pas que le collège est parfait attention... que le système scolaire est parfait, loin de moi cette idée-là mais... elles ont pas de cadre, elles ont très peu d'échanges sociaux enfin... elles se construisent pas en tant qu'adulte, et je pense que c'est des personnes qui risquent d'avoir du mal à s'intégrer dans la société et qui donc risquent de se marginaliser et donc d'évoluer vers des situations de grande précarité.

H : Ok... est-ce que tu peux me raconter une des consultations les plus marquantes où t'as eu à prendre en charge une personne en situation de grande précarité ?

N3 : Euh... j'essaie de réfléchir à une expérience en ville mais c'est vraiment pas les plus marquantes en ville... euh, c'est pas les plus marquantes parce que c'est des suivis, donc tu revois beaucoup plus les gens et donc tu défais les nœuds petit à petit et donc je peux pas te citer « une » consultation marquante en ville... Après à l'hôpital bah les situations marquantes... je te dirai mon premier certificat. Tu sais pour l'OFPRA à la PASS.

H : Oui.

N3 : Mon premier certificat ouais... voilà, tous les certificats aussi... et puis au CADA je dirais aussi un autre certificat aussi, d'une patiente que j'avais suivi à la PASS, une patiente angolaise donc qui parle portugais mais qui ne sait pas le lire, et j'ai dû en ville sans interprète faire le certificat, et ça a été très délicat parce qu'il a été de violence sexuelles, conjugales, des violences sur les enfants... enfin ça a été assez pénible et surtout avec les difficultés que j'ai eues de traduction ça m'a pris 3h et demi... donc heureusement j'avais prévu le truc... mais bon 3h et demi à faire un certificat, c'était un peu éprouvant, surtout que c'était une personne qui sur toutes les consultations notamment quand je la voyais à la PASS ne me donnait pas cette impression-là, toujours très souriante, très avenante, parfois presque dans la séduction, dans la... dans l'approche, et en fait là elle m'avait montré un tout autre visage, et c'était aussi la rupture avec ce qu'elle m'avait montré sur les consultations précédentes qui m'avait marqué, avec des larmes et des... bon tu vois le langage corporel d'une personne en souffrance psychologique... et c'est vrai que ça m'avait... ça m'avait marqué. Ah et si, et les enfants... enfin les violences sur les enfants, ça c'est pas possible aussi, mais ça toutes, y'a pas « une » consult. A chaque fois qu'il y avait une consultation avec des enfants qui ont été violentés... typiquement la fille de c'te dame, le mari l'avait violentée.

H : La fille de cette dame ?

N3 : Oui.

H : D'accord.

N3 : Justement c'est au cours de cette consultation qu'elle m'avait montré les photos. Parce que moi j'ai vu la fille, mais c'était avec les cicatrices des brûlures, elle était restée assez évasive sur le sujet. Et là elle est rentrée dans les détails à cette consultation-là, et elle m'a montré notamment les photos à vif, quelques heures après la brûlure et c'est vrai que j'avais été... assez secoué. Voilà.

H : Donc c'est quand même, enfin... on a une posture à avoir devant ces patients-là, mais nous aussi on peut être énormément secoué sur le plan émotionnel et en difficulté à gérer ce genre de situation en consultation.

N3 : Oui, après j'ai... typiquement je fais comme Nicolas, sur les certificats je préfère les faire seul. Je préfère les faire seul, pas pour... parce que je, je... enfin y a le respect de la personne si tu veux, donc ça c'est indépendamment de moi j'ai envie de dire... mais je préfère les faire seul aussi parce que quand je suis seul, je pense avoir une bonne gestion de mes émotions et je pense, bon... rester empathique, ça c'est sûr, mais j'ai vraiment aucune once de sympathie si tu veux dans ces moments-là, voilà. C'est à dire que je me ferme hermétiquement, après coup souvent j'ai un petit coup de blues qui va durer 10 min après la consultation pas pendant, vraiment pendant je ressens rien et après coup je peux avoir un petit coup de blues, ça persiste jamais et je ne pense pas que je ramène mes patients... enfin c'est pas ces consultations là que je ramène à la maison. C'est pas ces consultations là parce que justement je pense que j'ai un devoir envers eux et que je le remplis, et donc à partir de ce moment-là une fois que je sais que le job est fait entre guillemets tu vois... que mon job est fait, ça va, j'ai aucune difficulté à gérer ces trucs là... c'est quand je pense qu'il y a des défaillances dans le système de santé, ou par rapport à mon travail aussi, que là je ramène à la maison... mais là ça concerne plutôt du coup des patients... la patientèle que j'ai à Cloyes.

H : D'accord.

N3 : Mais ça c'est vraiment indépendamment de la précarité si tu veux.

H : Ok, est-ce que tu peux me dire ce que c'est pour toi que la grande précarité ?

N3 : Peu de ressources, très peu de ressources... et ça peut toucher tous les secteurs de la vie d'une personne... que ça soit les ressources familiales, les ressources financières et surtout les ressources psychologiques... et je pense que j'irai surtout sur ce dernier point où en fait, si la personne a des ressources psychologiques, elle arrivera à s'en sortir, à moins qu'il y ait encore une fois une situation annexe compliquée mais... mais je le vois avec les patients en PASS qui passent au CADA... où on peut considérer les patients PASS comme la grande précarité, certes, mais puis en fait quand tu les revois au CADA ben tu vois c'est des mecs... c'est des battants, et ils traversent les épreuves et ils s'en sortent et donc en fait ces gens-là... je commence aussi à changer mon regard sur certains que je vois à la PASS en me disant : eux... alors sans me poser la question s'ils sont en grande précarité ou pas, mais si je devais me la poser, je pense que je modulerais cette idée que j'avais au départ, c'est à dire que la grande précarité je pense que c'est... oui les ressources extérieures donc ça veut dire comme je disais financière, mais c'est surtout les ressources intérieures. Et que la première des grandes précarités c'est les souffrances psychologiques et celles que les gens n'arrivent pas à surmonter. C'est presque ça ma définition de la grande précarité. Après bien entendu que si on devait... enfin tu vois je parle un peu du point de vue de mon ressenti personnel, je parle pas d'un point de vue « chez qui il faut débloquer des ressources financières », « à qui doivent aller les aides sociales » et cetera... là je pense qu'il faudra élargir, enfin il faut élargir la définition si tu veux, mais en tout cas sur un plan personnel, moi je dirais que c'est principalement « est-ce qu'il y a des ressources internes, des ressources psychologiques et la capacité à faire face aux épreuves ? ».

H : Ouais la capacité à les surmonter, d'accord. Bah moi je te propose qu'on se mette d'accord sur un critère commun pour parler de la grande précarité, et qu'on se concentre sur les personnes qui n'ont pas de logement stable en fait : les SDF, les personnes hébergées, les personnes en foyer... voilà.

N3 : OK.

H : Et si je te demandais de me donner des archétypes de patients en situation de grande précarité... donc tout à l'heure tu m'as parlé du migrant par exemple ?

N3 : Oui, bah les archétypes oui c'est le migrant mais surtout s'il a un traumatisme psychologique sur son parcours migratoire ou qui a motivé son départ de son pays d'origine, ça bien sûr. Je saisis pas bien ta question, parce qu'après si tu veux on peut parler de toxicomanes...

H : Oui par exemple.

N3 : C'est les 2 qui me viennent en premier... J'ai aussi là... Et ce que je rencontre plutôt en ville aussi, c'est les femmes isolées, les femmes battues isolées avec souvent des problématiques de toxicomanie associées, je rentre bien entendu l'alcool là-dedans, dans la toxicomanie. Et la personne âgée, très isolée, sans ressources... L'enfant, bien entendu qui n'a pas de cocon familial, les enfants placés pour moi aussi je trouve que ça... enfin non, ça recoupe pas ça... disons qu'après on va vite recouper les personnes qui sont à risque de devenir ultérieurement des personnes en situation de grande précarité et c'est là où je rentre les enfants si tu veux mais... à chaud, c'est les principales situations que je rencontre... il doit y en avoir d'autres mais à chaud c'est... ouais, soit étranger migrant et voilà... soit aucune ressource familiale, financière et une situation compliquée... et/ou des personnes avec des addictions à un stade avancé tu vois, à un stade où l'addiction a déjà bouffé la moitié de ta vie.

H : D'accord, est-ce que tu rentres toutes les personnes migrantes dans les grands précaires ?

N3 : Non, typiquement hier j'ai vu une patiente, sœur d'un médecin installé en France, elle est pas en situation de grande précarité, elle a un toit, elle a de la ressource financière, elle a de la famille qui est aidante, non... elle est en souffrance psychiatrique... enfin en souffrance psychologique, mais pas en situation de grande précarité. *silence*

Souvent les personnes qui ont un ancrage familial fort en France déjà présent, et qui font en fait ben... qu'ils rejoignent la famille, donc c'est des situations qu'on croise à la PASS justement, par rapport vis-à-vis de l'ouverture des droits mais en fait souvent ces gens-là sont pas en situation de grande précarité.

H : Est-ce qu'il y a d'autres situations qui te viennent ? D'exceptions ?

N3 : Après c'est surtout des patients que je vois au CADA encore une fois et dont l'évolution a été difficilement prévisible vis-à-vis de la PASS, enfin quand je les voyais à la PASS, mais oui il y en a pas mal qui ont la niaque, des jeunes surtout, ils se sont rapidement sortis de cette situation précarité tu vois, ils progressent vite sur le plan du langage, ils se sont intégrés professionnellement extrêmement rapidement parce qu'ils avaient envie de bosser, qu'ils comptent pas les heures hein tu vois, je pense qu'ils sont peut-être un peu exploités aussi, vis-à-vis du droit français, peut-être pas exploités vis-à-vis du droit de leur pays d'origine aussi... et donc ouais, c'était des mecs qui bossent, et alors là j'y vais parce que c'est la première idée que j'ai tu vois, mais ouais je pense que oui il y en a d'autres des jeunes qui travaillent, qui... on parle beaucoup des afghans tu sais en mal dans la presse actuellement, justement c'est des afghans dont... des personnes qui parlent le dari, je sais pas si tu as vu la tronche de leur alphabet mais c'est plutôt éloigné du notre, et qui en 6 mois se... tu vois, j'en ai eu un en consultation hier au CADA, il commence à lire le français et il bosse, et enfin tu vois lui, bah il est plus en situation de précarité, parce que justement c'est là où je... où je rejoins la définition que j'avais tout à l'heure, c'est-à-dire que... ben c'est des mecs oui, qui ont encore un... ils ont encore besoin du CADA pour être logés, donc ils ont encore des hébergements temporaires, est-ce qu'on peut parler de grande précarité pour lui ? Pfff, je sais pas, je pense pas, parce que justement il a... il a des ressources pour sortir de ça quoi.

H : Parce que justement par rapport à la définition que tu nous as donnée tout à l'heure, il mobilise ses ressources internes pour s'en sortir ?

N3 : Ouais, ressources internes et externes aussi parce que... enfin oui, internes dans le sens où il est intelligent mais tu vois il va chercher... il me fait beaucoup intervenir aussi... parfois il est un peu... il est presque un peu pénible si tu veux hein, mais tu vois, tu sens que c'est un bon gars, bon ce terme

n'est pas très précis mais... *rire* tu vois, tu sens que c'est un type qui voit qu'il a des outils, qu'il s'en sert, je fais partie des outils dont il peut se servir et il y va, et puis tu vois je pense qu'il doit faire pareil dans tous les domaines de sa vie et... voilà.

H : Et pourquoi tu dis qu'il est un peu pénible, parce qu'il te sollicite beaucoup ?

N3 : Il te stimule tout le temps, il vient te chercher tout le temps, quand il a une question t'inquiète pas qu'il va venir trouver la réponse hein, il sait où je travaille... *rire*

Mais encore une fois, jamais dans une démarche d'agressivité et... je l'aime bien.

H : Il a la niaque.

N3 : Ouais tout à fait !

H : Bon.. alors, on a déjà abordé pas mal de choses, mais est-ce que t'aurais d'autres facteurs qui pour toi, contribuent à la précarité en fait ?

N3 : Je sais pas... Disons que la précarité dans laquelle tu l'as décrit effectivement on a... on a quand même l'impression que c'est... enfin même si c'est la définition tu vois, je la connais sur le papier mais... on est vraiment sur une précarité financière je trouve, une précarité tu vois, où t'as pas de quoi te payer un loyer, enfin voilà. Mais même si ça recoupe des précarités autres mais, je trouve que pour moi, la plus grave des précarités pour moi, c'est avant tout la précarité psychiatrique, tu vois. Et que ça soit sur des PTSD ou que ça soit sur des pathologies propres à la personne tu vois, c'est-à-dire pas dûes à des événements extérieurs tu vois, mais la schizophrénie ou ce que tu veux... bipolarité aussi, mais ouais... pour moi c'est ça le plus le plus gros challenge, et même un des plus gros challenges de la PASS en fait. C'est avoir des personnes qui pètent pas les plombs quand elles arrivent. *silence*

H : Ok, et donc pour toi il y a une influence de la précarité sur la santé ?

N3 : OUI, voilà fin de la réponse *rire*. Mais oui, bien entendu, encore une fois on peut parler de la PASS et l'allophonie, enfin tu vois il y a beaucoup de choses qui vont se recouper à ce niveau-là et à mon avis c'est dur de faire la part des choses, mais après on revient sur euh... ben est-ce que le patient migrant qui parle pas le français c'est plus difficile de soigner ? Oui le mec qui est dari, bah faut lui expliquer 4 fois l'ordonnance parce qu'en fait bah ta langue et la sienne sont construites tellement différemment que tu réfléchis pas pareil, et de par la langue avec laquelle tu réfléchis, et donc transmettre des idées c'est beaucoup plus compliqué, donc bien entendu que là-dessus voilà, mais ça recoupe pas... enfin ça pourrait être un émirat qui parle dari que ça serait pas de la grande précarité. Mais encore une fois... enfin ce que je veux dire c'est que ça pourrait être un émirat qui parle le... pardon je me suis mal exprimé, ça pourrait être un émirat qui parle qatari que ce serait pas une question de... il serait moins bien soigné que ce serait pas une question financière non plus quoi.

H : Donc une influence due à l'incompréhension, enfin à un problème de communication entre le médecin et le patient quoi.

N3 : Oui... et... oui et surtout un problème de suivi aussi de soins, où « est ce que le médecin généraliste quand il a 20 minutes il est capable de gérer l'addiction ? », la réponse est non, souvent c'est des récits complexes, encore une fois qui sont imbriqués avec des événements traumatisants souvent, ou un vécu traumatique d'événements passés et... bon un terrain d'addicto aussi mais surtout... tu vois tu peux pas gérer ça en consultation, le plan addicto, le plan psychiatrique, tout ça en 20 min, c'est pas possible... Et souvent, quand je te disais pour moi, c'est eux que j'ai le plus de mal à gérer en ville et c'est eux qui pour moi sont à risque de grande précarité. Et j'en ai un là si tu veux comme ça, qui fait un peu trouble border... enfin j'arrive pas bien à définir ce qu'il est, il est venu me voir pour un cancer de la vessie, je l'ai vu en mai... euh je l'ai vu en février pardon, je l'ai revu en mai là il avait quasiment rien fait alors que je l'avais adressé à tout le monde tu vois, et bah son cancer de la vessie il évolue hein... et alors là, est-ce que c'est ma prise en charge qui est de moins bonne

qualité ? Est-ce que c'est moi qui ai pas su adapter mon discours ? Ou alors est-ce que c'est carrément un patient qui n'est pas apte à suivre un parcours de soins classique ? Et tu vois c'est là où... est-ce que c'est les facteurs qui ont conduit à la grande précarité qui conduisent à un mauvais suivi ou est-ce que c'est la grande précarité en elle-même qui conduit un mauvais suivi ? Bah moi je serai peut-être plus sur le premier point, tu vois.

H : Oui et est-ce que tu explores ça en consultation avec ces patients ?

N3 : J'essaye. Euh... ce patient là non. Quand il y a un vrai trouble psy, j'essaie de pas travailler seul déjà. Et... parce que seul c'est pas possible. Et après, bah typiquement sur les... enfin oui et non, oui et non parce que tu grattes la surface mais tu... on peut pas parler d'explorer.

H : Pourquoi ?

N3 : Parce que encore une fois il y a un format de consultation qui est compliqué, qui serait pas tenable... parce que t'es payé 26,50 que t'y passes 10 min ou 1h... donc sur certains tu peux y passer 1h une fois, mais le mec si tu le vois toutes les semaines et que tu passes 1h à chaque fois c'est pas possible. Et puis encore une fois, c'est s'il y a des pathologies psychiatriques enfin... c'est, c'est tu brasses du vent quand même pas mal parce que la pathologie est toujours là et que c'est une pathologie et que c'est pas juste un état d'esprit, donc... ouais j'avais essayé au départ de prendre des rendez-vous pour les gens et tout... c'est hyper chronophage, hyper énergivore et puis quand le mec se pointe pas en RDV de consult que t'as pris ben ça te décourage très vite quoi.

H : A la PASS ou ailleurs quand tu travailles en groupe, t'arrives quand même à déléguer certaines tâches ?

N3 : OH OUI ! *rire*

Nan oui les filles sont supers déjà pour la PASS, c'est mes petits anges gardiens hein, elles font tout pour l'organisation, moi je suis sur place, je me fais plaisir, je donne le meilleur de moi et puis je me barre hein.

H : C'est un luxe.

N3 : Ouais tu vois, les rendez-vous pris, c'est les filles qui les prennent hein tu vois, je prends jamais de rendez-vous, je dis « il faut ce rendez-vous là » et puis c'est les filles qui font tout, tu vois... c'est un luxe oui. Les analyses me sont presque apportées sur un plateau d'argent, c'est... Mais là où en ville, j'ai un peu plus de 1000 patients de suivis en ville, pour 3 jours honnêtement c'est franchement beaucoup, je prends un peu l'eau, et en gros bah... je dois faire les suivis, tu sais j'ai un cahier que je remplis, je remplis une page par jour en me disant bah faut que tu regardes sa bio, lui machin, lui est-ce qu'il a le RDV... enfin tu vois, tous ces trucs-là qui en fait sont pas très marrants, et encore une fois hyper chronophages et énergivores... à la PASS c'est les filles qui s'occupent de tout ça quoi, donc ça c'est... ouais c'est hyper agréable ça.

H : Et donc ça te libère un peu plus de temps en consultation pour explorer autre chose quoi ?

N3 : C'est ça et j'ai pas à me... Ouais c'est pas tant une question de temps que de place dans ma tête, si tu veux, si je suis en train de penser aux analyses de X, de machin, de chouette, bah ça m'arrive régulièrement en consultation en ville de me dire tu vois, sur une insuffisance cardiaque, « ah c'est une insuffisance cardiaque, t'as pas vérifié la bio », c'est des trucs comme ça... et en fait ben ça me sort complètement de la consultation et de ma démarche diagnostique ou autre et en fait ça me... quand je suis en consultation de PASS, surtout dans les situations de la PASS, t'es à 100% dedans ou tu y es pas quoi... et c'est vrai que les filles me permettent vraiment de dégager aussi ce... cet état d'esprit là tu vois.

H : Ça te libère d'une charge mentale quoi.

N3 : Ouais cette capacité cognitive là, bah je peux l'appliquer à ma consult. Surtout que encore une fois, c'est pareil, les consult de PASS t'as du voir à quel point c'est différent des consults de ville, j'en avais jamais fait avant novembre, je peux dire que novembre/décembre... j'ai toujours adoré ça, mais je morflais quand même, enfin tu vois je me trouvais pas bon quoi... non pas que je me trouve... enfin il y a encore énormément d'axes d'amélioration là, mais en décembre ouais... les filles étaient... ouais elles le sont toujours, mais elles étaient vraiment indispensables pour moi en novembre/décembre.

H : Pourquoi tu te trouvais pas bon ?

N3 : Un peu pour les trucs que je te disais au début, c'est à dire sur le... si je devais me juger en tant que médecin, je pense que mes connaissances égaleront jamais mes lacunes déjà, en terme de connaissance, mais que par contre je suis bon dans le relationnel, et... mais c'est un relationnel où le patient quand il rentre dans mon cabinet, il rentre dans « mon » cabinet, c'est-à-dire il rentre entre guillemets « chez moi », il est pas chez lui, c'est à lui de s'adapter à mon moule si tu veux. Bien entendu, tu fais des adaptations, mais tu restes toi-même tu vois, je viens du Sud, j'ai l'accent, enfin tu vois c'est un peu le stéréotype tu vois, mais il doit rentrer là-dedans. Et quand je suis à la PASS c'est différent, le patient de toute façon qu'il rentre à l'hôpital, qu'il rentre dans mon cabinet, qu'il rentre... c'est inconnu pour lui, et c'est à moi d'essayer de m'adapter à la culture de ce patient, parce que tu prends pas le problème de la même manière si le mec il vient d'Afghanistan ou s'il vient d'Afrique subsaharienne ou d'Amérique du Sud enfin tu vois tous les... voilà, et cette adaptation-là, bah elle s'apprend, c'est pas inné... et je pense que j'ai progressé là-dessus, mais il me reste encore beaucoup à apprendre. J'ai aussi appris sur... ça encore j'avais déjà commencé en cours de l'internat et t'as dû le faire aussi mais... il y a des gens qui morflent bien dans leur vie, et c'est vrai que le premier décès que j'ai eu aux urgences c'est pas le même ressenti que les décès que j'ai pu avoir après quoi, donc il y a aussi une progression là-dessus, un vécu d'événements ou de récits traumatiques qui est différent et qui évolue, t'apprends à les gérer de mieux en mieux avec le temps et je pense que je suis toujours en phase de progression là-dessus. Je pense que c'est les deux points à... bien entendu après les connaissances mais je pense que les connaissances ben, voilà il faut toujours continuer à se former et à apprendre et voilà et à pas oublier surtout... et puis voilà mais ça... donc les 3 points je dirais : savoir sortir de sa zone de confort, apprendre à gérer justement les événements qui t'arrivent dessus et puis progresser sur le plan de ses connaissances... et des connaissances, je recoupe aussi ça : c'est le réseau médical aussi, que t'apprends pas en tant qu'interne, ou très peu...

H : Le réseau médical, c'est à dire ?

N3 : Le réseau médical et paramédical...

H : Tout ce qui gravite autour de toi pour la prise en charge du patient...

N3 : Le CLAT, le... mince ceux qui font les vaccins là...

H : Le centre de vaccination...

N3 : Oui, j'ai oublié le nom... mais bref sur la CPTS juste sud Châteaudun, c'est une CPTS qui est très active, et donc y a déjà le spot avec tous les professionnels de santé donc quand j'ai besoin de quelque chose je pose ma question là-dessus j'ai la réponse en 24-48h, là il y a des formulaires d'hospit programmée, hier j'ai encore hospitalisé une patiente en hospit programmée, pareil une patiente qui est pas en situation de grande précarité mais qui est compliquée à prendre en charge on va dire, sur un suivi psychiatrique aussi, bref... et donc voilà, c'est aussi apprendre à bosser avec son environnement quoi.

H : D'accord.

N3 : Donc ouais : connaissances, environnement et gestion des différentes cultures et gestion des événements difficiles.

H : Évènements difficiles... sur le plan émotionnel ?

N3 : Sur le plan émotionnel premièrement, et surtout c'est quelle réponse tu apportes... à ça quoi, c'est comment... si tu veux aider la personne, à quel point c'est important de bien la cerner, de bien cerner ce qu'elle a traversé, comment elle le vit et du coup comment est-ce que tu vas l'amener à te dire tu vois ce qu'elle a... fin tu vois, c'est ce truc là aussi, c'est de... je pense pas que si tu te mettes à pleurer quand une femme te raconte un viol c'est lui rendre service tu vois, et voilà... donc oui la gestion émotionnelle, puis la gestion de ta réaction, c'est ce que tu renvoies... apprendre à maîtriser ton langage corporel, apprendre à... voilà, le langage corporel, le langage verbal aussi enfin tout, tout ce que tu renvoies, ça s'apprend.

H : Tu veux dire que l'empathie ça s'apprend ?

N3 : Oui, y a une base je pense qu'il faut une certaine sensibilité au départ, j'ose espérer que la plupart des personnes qui veulent devenir médecin l'ont, et après ça s'apprend ouais.

H : D'accord, et est-ce qu'il y a d'autres raisons pour lesquelles t'as choisi de travailler avec les personnes en précarité, donc à la PASS, au CADA... ?

N3 : Oui, à la PASS c'est que c'est à l'hôpital, et donc... beh c'est pareil, on parlait du réseau de soin, l'hôpital de Châteaudun c'est l'hôpital avec lequel je travaille quand je suis à Cloyes et typiquement bah pour la patiente que j'ai hospitalisée hier, eh beh on envoie... tu sais je t'ai dit on envoie une demande d'hospitalisation programmée, et au fait bah hier j'ai vu qu'on m'avait toujours pas donné de réponse, bah je suis directement allé toquer au bureau du mec qui gère ces hospitalisations programmées, pour lui dire « hop hop hop coco, j'ai pas ma réponse ». Donc oui, il y a aussi ça, ça m'inscrit dans le paysage médical du secteur aussi.

H : Ok, c'est pragmatique *rire*

N3 : Oui, c'est aussi ça *rire* Et sinon ouais, je dirais qu'il y a pas d'autres euh... pfff, ouais non je pense pas qu'il y ait d'autres raisons particulières.

H : Ok, quand t'as une personne en grande précarité devant toi en consultation, même si... voilà il rentre chez toi, il rentre dans ton lieu de consultation... mais est-ce que tu trouves que tu mènes ta consultation différemment, que tu prodigues les soins différemment ?

N3 : Oui, ça je pense que je suis encore en train de l'apprendre. Mais... je pense que s'il faut soigner quelqu'un en situation de grande précarité, je pense qu'il faut d'abord comprendre un peu ce qu'est sa grande précarité.

H : Pardon, j'ai pas entendu ?

N3 : Si tu prends en charge une personne en situation de grande précarité, il faut aussi comprendre ce qu'est sa grande précarité. Typiquement, la personne qui a des profils d'addict, je vais pas lui filer des benzo... alors ça c'est vraiment sur le plan médical et puis même, tu vois sur le plan du suivi de soins, quand je dis que je suis en cours d'apprentissage, est-ce que le mec qui a eu son cancer de la vessie là, qui fait un peu border, est ce que j'aurais pas dû prendre contact avec ses parents, tu vois ? Parce que ses parents sont en fait très présents tu vois, c'est l'inscrire dans son environnement pour mieux le soigner, puisque lui ne fera pas forcément la démarche, et je vais essayer de trouver des billets qui pourront faire que... enfin les moyens de... donc ouais, je construis ma consultation différemment, souvent je les revois et souvent je prends 20 min au départ où je ne m'intéresse pas au problème et je m'intéresse à la personne, chose que je fais pas forcément... alors je le fais toujours la première fois

quand c'est mes patients, que je comprenne un peu qui ils sont, mais typiquement tu vois les consults d'urgences... je m'en tamponne du contexte, je fais mon urgence, très rapidement, si le contexte peut interférer ou que je considère que le contexte peut interférer je pose une question dessus pour m'assurer des trucs, puis dès que je suis assuré, je ne m'intéresse plus au problème quoi, je clos le sujet et je me concentre sur le motif de consult. *silence* Si je devais faire un parallèle, je fais un peu mes consultations de grande précarité comme je fais avec mes consultations avec les bébés si tu veux. Ou avant de t'intéresser au bébé, avant de l'examiner et cetera bah tu poses la question « à la maison comment est-ce qu'il dort, est-ce qu'il y a des frères et sœurs ? »... et tout ça, c'est un contexte. Et là c'est pareil pour les migrants, enfin pour des migrants... pardon, pour les personnes en situation de grande précarité. C'est d'abord le contexte et ensuite le problème de santé.

H : Ok très intéressant ce parallèle avec les bébés *rire* Mais c'est vrai que oui, faut avoir un temps dédié, c'est pas toujours facile niveau temps mais c'est vrai que là pour le coup la PASS, c'est un environnement facilitateur.

N3 : C'est ça, et surtout y a aussi un truc, je me suis rendu compte hein, mais en fait j'aime pas trop perdre mon temps, et pas prendre le temps d'expliquer, enfin de comprendre la personne, ça veut dire que tes soins... j'ai envie de dire que tes soins servent à rien. Parce que si tu passes 20 minutes à expliquer le truc mais que la personne va pas le suivre parce qu'en fait t'as pas pris le temps d'écouter le contexte et que peut être que ce contexte lui permet pas de faire ce que tu lui as dit de faire, bah ta consult elle sert à rien et t'as perdu 20 minutes, et t'as perdu le temps de la personne et peut être que la personne en plus, t'as perdu le contact avec elle parce qu'elle se dit « il a pas su m'écouter, je reviendrai pas », et t'as perdu une occasion de soigner donc... voilà, il y a aussi ça où je pense que c'est pas... enfin tu vois le temps dédié, c'est vraiment pas une perte de temps pour moi quoi, c'est un gain de temps même.

H : Est-ce qu'il y a d'autres adaptations ?

N3 : Bah dans le truc des temps dédiés c'est... pour certaines personnes en situation de grande précarité je redonne moi-même le rendez-vous, je gère pas du tout le planning quand je suis à Cloyes notamment, bon encore moins à la PASS hein, mais à Cloyes je gère pas mon planning, c'est-à-dire que je donne mes horaires et la secrétaire remplit comme elle veut, enfin en fonction des consignes que j'ai données hein, mais elle le remplit comme elle veut, et mes horaires en gros c'est 9h-18h, mais en plus de ça je me rajoute souvent des consultations, soit avant soit après, et justement, souvent quand les personnes sont en situation de grande précarité ou même en situation de précarité seulement, il y a une défiance aussi vis-à-vis du médecin, je pense qu'il y a une représentation aussi qui se fait, et y a une certaine distance qui s'instaure, distance qu'il faut en partie garder mais aussi qui parfois est trop importante pour permettre le soin ou en tout cas qu'il le rend plus difficile... et je pense aussi le fait de revoir les personnes, de faire un lien de confiance, ça permet toujours d'améliorer le soin... et donc ouais sur ces personnes-là, bah moi je prends des rendez-vous. C'est-à-dire que là sur les addicto, sur les dépressions aussi enfin... j'élargis le truc, je sors un peu de ton sujet, mais tous les patients qui me posent problème sur une consultation et où il a fallu un temps dédié, je les revois, je les revois et c'est moi qui reprend le rendez-vous, et je n'ai jamais de lapin sur ces trucs-là, quand c'est moi qui regarde la personne dans les yeux, que je dis « on se revoit », « on se revoit telle date à telle heure », bien entendu s'il est d'accord hein, mais j'ai jamais de lapin et souvent c'est très productif et ça fait un lien confiance, et ça, ça vaut cher.

H : D'accord... *silence* C'est difficile pour toi de prendre en charge les patients en grande précarité ?

N3 : Non, enfin... c'est toujours plus difficile de prendre en charge des patients en précarité que des patients qui ne le sont pas. Parce qu'encore une fois, il faut tout recontextualiser, mais je pense pas... Parce que justement ce temps dédié, je pense en avoir compris l'importance et du coup je le donne, et je le prends, et du coup, non... enfin ça me dérange pas en tout cas, enfin je me sens pas en difficulté. Et quand je me sens en difficulté, ça m'arrive souvent de l'exprimer verbalement à la personne.

H : Par exemple ?

N3 : Bah de lui dire, « écoutez madame, là j'ai l'impression que notre consultation d'aujourd'hui, arrêtez-moi si je me trompe, mais est-ce qu'on a beaucoup avancé sur cette consultation ? » Et alors, des fois c'est un peu sec de dire ça comme ça, mais l'intérêt après c'est de rebondir en disant voilà « qu'est-ce que vous vous attendriez de cette consultation ? » et « qu'est-ce que vous, vous penseriez comme fréquence intéressante à laquelle on se revoit ? » et de recentrer le... le justement, le soin sur le patient et parce que c'est des gens qui en ont besoin je pense, et ça permet aussi de mieux les comprendre, et donc de mieux les prendre en charge. Et surtout aussi encore une fois, je vais beaucoup plus travailler dans le... le pluri professionnalisme chez ces patients-là. Faire appel aux psychologues, faire appel à « mon parcours psy » quand c'est des patients français, alors les CMP c'est très compliqué d'y faire appel mais faire appel... alors les assistantes sociales, assez peu, j'ai pas encore trop le réflexe, mais... souvent j'adresse vers des structures qui ont des assistantes sociales.

H : Vous avez pas d'assistantes sociales dans votre équipe de la PASS ?

N3 : Si, si mais quand je travaille à Cloyes... je peux pas toujours y faire... c'est la même que toi hein, donc elle vient une semaine par mois mais surtout les filles font les trans et elles gèrent tout depuis Chartres. Mais... nan nan c'est aux filles, quand je suis à Cloyes... où là j'en ai pas disposition si tu veux. Voilà.

H : Ok, est-ce qu'il y a d'autres difficultés ?

N3 : Si, c'est vrai que je pense à un patient là, les gros handicaps physiques. J'ai un patient qui a eu... un ouvrier agricole qui a chuté d'un toit, qui a eu un multi trauma cervical, et qui est en fauteuil roulant, qui a eu une phase de progression importante sur le plan fonctionnel, c'est à dire qu'avant il pouvait pas s'habiller, rien faire tout seul maintenant il arrive à se déplacer tout seul avec le fauteuil roulant électrique et cetera et il y a toujours cet espoir de progresser énormément, toujours l'espoir de remarcher et le kiné qui le voit, qui le suit depuis 4 ans maintenant, et moi de ce que je vois des 6 derniers mois, je pense qu'il y aura plus beaucoup d'amélioration, et ça c'est compliqué typiquement. C'est un patient qui est en situation de grande précarité de par son aspect physique, mais qui est bien suivi par ses parents... tout ça, mais qui pour moi est en situation au moins de précarité, et lui ouais, il me met en difficulté parce que... parce que à la limite ma difficulté c'est quand on est pas au clair sur le suivi justement... quand tu vois, lui il pense qu'il a progressé, moi je pense qu'il n'a pas progressé, je peux pas lui dire cash, c'est pas possible, et ça ça me met en difficulté ouais, parce qu'il y a un décalage entre ce qu'il attend et ce que je peux lui proposer. Ça c'est difficile.

H : Et qu'est ce qui pourrait améliorer... c'est la communication ou... ?

N3 : *soupir et silence* C'est le temps... parce que c'est une personne qui a un risque suicidaire élevé quand même... avec un comportement dépressif probablement secondaire à sa situation et peut-être à son traumatisme crânien, et en fait avancer les choses trop...

H : Brutalement.

N3 : Ouais ça va... il m'a déjà fait des crises suicidaires hein... donc... je sais pas, si j'avais la solution je serais peut-être pas en difficulté *rire et silence*. En tout cas c'est moins douloureux à porter quand on travaille à plusieurs.

H : Qu'est-ce qui aurait changé là si vous travailliez à plusieurs sur cette situation ?

N3 : On travaille déjà à plusieurs, on travaille avec le kiné, on travaille... C'est bête à dire tu vois, mais le kiné il sait quand je vais le voir... le kiné il le voit trois fois par semaine, et donc le kiné on est dans le même bâtiment mais dans une aile différente, et en gros quand il sait que je vais le voir, souvent il vient me voir en me disant « bah là il va pas bien » ou ça m'est déjà arrivé qu'il se pointe

après la séance en me disant « est ce que tu peux le rappeler parce que là il va pas bien du tout », donc là-dessus on travaille pas mal... alors après il refuse de voir un psychologue mais... parce qu'il pense qu'il n'en a pas besoin... mais en fait je fais ce rôle-là mais bon, c'est qu'un patient : je peux me le permettre avec lui, donc du coup... je pense qu'on travaille en pluriprofessionnalité, il a une assistante sociale qui s'occupe de lui aussi, donc c'est kiné, moi et assistante sociale principalement, et voilà... mais nan honnêtement, je vois pas les axes d'amélioration pour lui. Parce que physiquement il n'en aura pas, parce que c'est les limites de son organisme, et que tant qu'il est pas prêt à l'accepter...

H : Donc tu penses que ça dépendra que de lui en fait, de sa temporalité, du temps que ça mettra pour qu'il l'accepte ?

N3 : Oui parce qu'il l'entend déjà hein... je suis pas cru dans les mots, mais on en discute franchement de son handicap et du fait qu'il remarchera jamais, enfin tu vois c'est clair pour lui ça... mais il l'entend, mais je pense qu'il l'accepte pas encore, et ça pour le coup c'est vrai que ça peut prendre du temps, c'est en train de prendre du temps et ça je peux que le respecter quoi...

H : Oui, complètement... D'autres difficultés ? Qu'elles soient techniques, relationnelles...

N3 : Oui je vais te dire en consultation c'est vrai que... bah ça m'est arrivé, alors c'est pas la précarité après ça, c'est des consultations de situations difficiles, mais pas forcément liées à la précarité donc je sais pas si ça t'intéresse ?

H : Bah... dis toujours *rire*.

N3 : C'est les délais de consultations si tu veux : quand tu vois un truc venir, t'as le temps de t'adapter mais quand t'es au milieu de ton après-midi, que t'as vu des soucis avant, les consults t'ont pris du temps, t'as déjà une demi-heure de retard, t'as une personne qui arrive... bah des fois c'est un peu compliqué de gérer ça parce que... c'est là où souvent je me remets les gens aussi, en disant « ben là aujourd'hui on a pas le temps, on se revoit, on refait le point » mais ouais le temps de la consultation ça peut parfois être un peu chaud quoi, comme quand on se livre aussi... alors c'est là où on sort de la précarité mais... t'as la personne qui se livre c'est dur de lui dire « à la semaine prochaine quoi », elle pleure devant toi, tu peux pas... voilà, mais non je pense que c'est à peu près tout.

H : D'accord, est-ce que tu as des solutions... est-ce que tu as mis en place des choses pour pallier toutes les difficultés dont tu as parlé ?

N3 : Ben sur la difficulté de temps : revoir les gens. Pour le monsieur ben du coup, non, j'en n'ai pas. Sur un truc que je pense que j'ai mis en place aussi inconsciemment sur ces situations d'écoute : c'est le silence aussi, je suis beaucoup plus à l'aise avec le silence que je ne l'étais avant, j'apprends à écouter et indépendamment des personnes en situation de grande précarité, écouter ouais... je pense que c'est un des trucs les plus efficaces que j'ai pu mettre en place. Et après il y a des choses que... tu vois que tu mets pas en place mais... mais je sais un peu plus à qui m'adresser quand j'ai besoin de telle ou telle chose, si j'ai besoin d'hospitalisation rapide tu vois, maintenant j'ai mes contacts, donc si ça passe pas ben j'appelle et je mets un coup de pression au téléphone tu vois, enfin quand je dis « coup de pression » c'est gentil, en fait je demande au téléphone quoi, c'est pas des coups de pression mais voilà. Je dirais que j'apprends le job petit à petit et que c'est un tout. T'apprends à fonctionner avec et y a pas forcément de... c'est des outils que t'apprends à utiliser en fait... et puis sur le plan personnel je t'ai dit l'écoute, l'écoute active, que tu vois dans les GEAP mais en fait ça sert à rien et que tu mets spontanément en place après coup... tu gardes bien anonyme ça on est d'accord hein ? *rire* Et... après ouais... ouais c'est ça tu travailles sur toi-même quand tu rencontres des personnes allophones, des étrangers tu te déconstruis un peu quoi... Enfin je pense que le plus important... le truc que je mets en place, m'enfin je pense qu'une de mes qualités en tant que médecin c'est que je suis pas... je suis pas convaincu de grand-chose si tu veux... et donc je suis prêt à me remettre en question et ça je pense que c'est le plus important pour progresser quoi... c'est presque dire « Ok, qu'est-ce que j'ai mal fait là et qu'est-ce que je suis prêt à faire mieux ? », pas remettre en cause les

autres si tu veux, je trouve que ça sert à rien... ne pas se dire « il a mal bossé » ou « il aurait pu faire mieux » c'est d'abord « qu'est-ce que moi j'aurais pu faire pour permettre d'être meilleur aussi dans ce qu'il fait ? », voilà.

H : Et quand tu parles de déconstruction ? C'est cette remise en question ou est-ce que tu parles d'autre chose ?

N3 : Ça commence par là je dirais... et puis ben... en fait ça dépend ce que tu veux dire par le mot déconstruction, il y a toujours cette part de connaissance aussi... Où tu dis « si je maîtrisais parfaitement cette pathologie on n'en serait pas là ». Euh... non oui c'est ça... et puis c'est tout remettre en question quoi. Par exemple une déconstruction, ça doit pas forcément aboutir à une déconstruction... mais ça doit te remettre en question, c'est juste ça, c'est se remettre en question et après c'est soit tu dis « bah OK en fait le job je l'ai fait, c'est la situation qui ne m'a pas permis de gérer la situation », enfin « c'était pas gérable », en fait c'est ça, c'est que ça aboutit pas toujours à des axes de progression quoi... c'est au moins la faire, avoir cette démarche-là, quitte à ce que ça amène pas à une déconstruction. C'est se dire, entre guillemets moi je me pose la question c'est « OK, est-ce que le job a été fait ? ». Il est fait : « oui, OK », s'il n'est pas fait « pourquoi ? Est-ce que ça dépend de moi, est-ce que ça dépend de moi, est-ce que ça dépend de plusieurs autres facteurs, est-ce que j'ai la main sur ces autres facteurs ? » et voilà. *silence* Mais « déconstruction » n'est pas le bon mot, je pense jamais m'être déconstruit si tu veux, parce que je pense que cette démarche de remise en question elle fait partie de moi, donc à partir de là je me déconstruis pas dans la mesure où c'est moi, mais après oui, c'est être capable de me remettre en question par contre notamment sur : « culturellement, est-ce que je suis capable de prodiguer un soin correct à une personne d'une autre culture en restant dans mon carcan d'occidental quoi ? ». Voilà, et ça je pense que non, ça je pense que je l'apprends, mais sans en souffrir non plus tu vois... je me flagelle pas le soir en me disant t'as pas bien parlé le pachto mais... ça m'amène à me poser des questions et c'est aussi ça que j'aime à la PASS, c'est que ces questions-là je me les pose que là-bas quoi... voilà.

H : Oui c'est une démarche assez complexe parce que... bah ça remet en question aussi tout ce que t'as appris depuis toujours et puis ta culture aussi parce que tu disais que tu venais du sud-est... euh sud-ouest ?

N3 : Sud-ouest, oui.

H : Avec des mentalités un peu différentes, une fermeture peut-être à d'autres personnes... ?

N3 : Non, pas non plus ça. Mais on a une identité très forte, si tu veux *rire*. Tu vois je suis cascan, quoi *rire*. Et c'est vrai que... il faut aussi que je sache mettre ce côté-là de côté aussi quoi.

H : C'est pas facile ?

N3 : C'est pas facile et en même temps c'est une force, parce que encore une fois, quand je me sens... alors jamais à la PASS... mais en ville quand j'ai besoin de... je fais pas exprès hein... mais je sens que je durcis mon accent quand je suis dans certaines situations si tu veux, quand je me fais bousculer, c'est aussi... pas refuge, mais tu vois, je m'y retrouve. Donc ça me sert dans l'écrasante majorité des situations, ça peut me desservir quand je dois me mettre à la place du patient, parce qu'encore une fois c'est une identité qui est forte et c'est dur de s'en défaire... et voilà, et quand les gens ont l'habitude de fonctionner avec... sans parler de patriarcat si tu veux, enfin tu vois le médecin à l'ancienne qui te dit quoi faire, quand faire, tout ça mais... si tu veux j'ai des patients qui m'ont fait des retours comme quoi j'étais « le médecin avec l'accent du Sud » quoi tu vois, et ça me surprends pas parce que je pense que c'est aussi l'image que je renvoie et ... et ça me convient, les gens savent qu'il faut pas me faire chier et ça vient aussi de l'image que je renvoie. Mais cette image-là elle me dessert quand je dois... quand j'ai une patiente ou un patient migrant, je pense à une patiente parce que pour les femmes voilées et cetera c'est pas toujours facile de se faire examiner par un homme, enfin se faire examiner tout court,

mais encore plus par un homme, c'est pour ça que je parle souvent du mot patiente, mais il faut que j'arrive à sortir de ça parce que je pense que ça peut être plus impressionnant et donc desservir le soin.

H : Quand tu dis « il faut que j'arrive à sortir de ça » c'est de tes représentations à toi ou... ?

N3 : Bah mes représentations elles sont inconscientes, je fais pas exprès d'avoir l'accent hein *rire*, mais c'est arrivé oui à me... typiquement je te fais un exemple, mais hier il y a une patiente elle avait une sorte d'anneau au doigt avec un compteur et en gros ça c'est un truc fait pour compter les versets du Coran je sais pas si tu connais, moi je suis de religion chrétienne donc c'est pas un truc que je connais, et en gros elle récitait des versets du Coran et en fait je la voyais qui comptait, y a 99 versets il me semble, et tu comptes jusqu'à 99 et après ça revient à 0, donc c'est une petite machine qui fait ça et elle le faisait pendant que je lui parlais et je pense qu'il y a 6 mois ça m'aurait gonflé, parce que j'aurais trouvé ça incorrect, parce que ma vision de la chose c'est... voilà, tu as une personne en face, médecin ou pas médecin, le premier respect dans une discussion c'est de t'impliquer dans la discussion, peut être que pour elle c'est pas la même chose. Pareil à un moment elle a des épistaxis, et en fait elle fait je sais plus, 5 ou 7 ablutions par jour, et tu sais je regarde toujours la muqueuse avec un otoscope voir un peu si y a pas d'anomalie particulière, tu vois pas forcément grand-chose et il faut l'envoyer à l'ORL mais voilà, je vois que la muqueuse était complètement irritée et elle m'a ri au nez quand je lui ai dit « est ce qu'il y a pas d'autre solution que les ablutions ? », quand je dis ri au nez c'était vraiment ri au nez, enfin c'était un fou rire quoi, et je pense qu'il y a 6 mois ça m'aurait franchement agacé... hier ça m'a rien fait du tout, et la première question que je me suis dit c'est « OK bon c'est pas possible, elle est pas capable à l'heure actuelle de pas le faire, OK, et ben trouve une solution, passe sur un autre biais, trouve autre chose » et ça je pense que c'est ça aussi... c'est ça quand je te parle de déconstruire et de changer mon approche, même si tu dis « OK c'est sa religion, je respecte, sa culture je respecte » si t'es agacé par les gestes, tu réfléchis plus pareil, tu agis plus pareil et le soin est différent, et c'est ça où justement, où là vraiment j'étais presque surpris de moi-même où ça m'a vraiment fait ni chaud ni froid quoi. C'est ça où je pense, accepter la culture de l'autre, c'est ça ce qui peut se rapprocher de la vraie définition pour moi.

H : La vraie définition de ?

N3 : D'accepter la culture de l'autre. C'est de pas se sentir gêné, c'est pas passer outre tu vois, c'est vraiment même de ne pas se sentir gêné par ça.

H : Ça demande du temps *rire*

N3 : Oui et des questions aussi, mais ça vient, et ça fait plaisir quand ça vient. *rire*.

H : Ah bah oui, complètement ! C'est une vraie... révolution ?

N3 : Ouais et en même temps comme tu dis ça prend du temps, donc.. c'est une transition plutôt.

H : Une transition, oui c'est vrai... Bon là on est sur la fin hein... mais j'ai une dernière petite question pour toi, enfin si ça te convient hein parce qu'on est déjà à 01h11.

N3 : Non, non tqst.

H : OK. Alors, de quoi t'aurais besoin pour améliorer la prise en charge des personnes en grande précarité, quelles seraient tes propositions ?

N3 : C'est très compliqué... Parce que la grande précarité, c'est pas uniforme. C'est différentes questions, différentes problématiques dont on a discuté plusieurs fois qui aboutissent à cette grande précarité, et donc isoler un axe de développement pour ça... ça me semble impossible. Après, de manière utopique, je pense qu'il faudrait aussi un changement de discours vis-à-vis de ces populations en situation de grande précarité, il y a une défiance de l'autre et je pense que ces personnes en

situations de grande précarité en souffrent beaucoup... c'est ça aussi qui retarde leur accès aux soins, c'est qu'elles osent pas aussi, en partie hein... mais par peur du jugement de l'autre. Donc ça serait déjà réussir à changer ça, premièrement, et pour le changer bah... ça passe par un discours de politique, ça passe par tout ça, donc bon... ça c'est utopique. Ce qui malheureusement aussi me semble utopique, c'est le système de soin français ne permet pas d'avoir accès à des ressources, même pour les citoyens français, qui permettent la prise en charge correcte des personnes en situation de grande précarité et de personnes tout court parfois, j'ai l'impression. Typiquement s'il y a des problèmes d'addiction et beh... démerde toi pour trouver un addicto, mais le mec il va être pris en charge dans 3 mois, alors que souvent la fenêtre... les gens te disent ok j'ai envie d'arrêter, je suis prêt... eh ben ça va et vient quoi, donc faut être très actif et on peut pas l'être... donc c'est avoir des structures locales de soin sur lesquelles les personnes peuvent s'appuyer, et encore une fois, dans ces appels à l'aide qui peuvent être courts, le médecin parfois il est loin. Il est loin pas géographiquement, mais il est loin d'accès. Et... des travailleurs sociaux en plus, en fait, je pense que c'est très important. Donc des suivis addicto, des travailleurs sociaux... Un regard différent parce qu'en fait ce médecin qui est loin aussi, il vient aussi, je pense, du poids du regard des gens ou du poids du jugement que la personne s'auto-inflige par rapport à ce qu'elle ressent, donc c'est ça aussi. Et après, sur le plan économique, je pourrais être plus dur par contre, tu vois.

H : Dis-moi.

N3 : C'est donner aux gens le moyen de s'en sortir, mais par contre il faut qu'ils le saisissent. Et c'est leur donner le moyen d'être en état de le saisir c'est-à-dire que... ben le gars, l'afghan dont je te parlais tout à l'heure, lui il a eu des miettes et il est en train de s'en faire un festin, enfin il travaille, il s'en sort... et en fait c'est... et typiquement pareil, on en revient à ma consultation à Cloyes : hier j'ai eu un alcoolique, enfin cocaïnomane, héroïnomane... qui me disait (il est repris de justice), et me disait « de toute façon moi... ils me disent qu'il faut que j'aille au Pôle Emploi, mais j'ai pas du tout envie de bosser » ça tu vois ça me... tu vois c'est là aussi où il y a ce regard sur les personnes en situation de grande précarité qui est dur, mais qui sur cette personne-là est justifié, mais d'autres en souffrent, donc il y a ça aussi. C'est pas non plus leur donner tout sans concession quoi.

H : Ouais il faut quand même qu'ils donnent...

N3 : Oui qu'il y ait un retour, c'est un échange, et c'est un retour donc.

H : D'autres besoins ?

N3 : Non, ça va. *rire*

H : Merci beaucoup ****.

N3 : Enfin peut-être si, pendant les études.

H : Comment ?

N3 : Pendant les études, parce que je trouve que les... tu vois en stage de médecine somatique en psychiatrie avec le Dr ****, qui est une personne exceptionnelle, mais... parce qu'humainement, parce que médicalement parlant c'est, je pense, une des plus fortes que j'ai jamais vu, et qu'humainement elle est était au-dessus tu vois... Mais il y a des stages, notamment des stages aux urgences, où c'est là où je trouve qu'en internat je trouve que tu fais limite face le plus souvent à la grande précarité, où t'es face à des mecs, préretraités qui en ont plus grand chose à faire, et c'est pas leur faire un reproche parce qu'ils ont évolué face à ça sans jamais y avoir été préparés, et que c'est usant et que si t'es pas préparé et que t'es isolé par rapport à ça, je pense qu'au bout d'un moment tu te désintéresses et que limite ça te fait péter les plombs quoi... donc c'est là aussi où je jette pas la pierre, parce que je ferai pas mieux à leur place, mais c'est aussi montrer justement, ne pas répéter ces erreurs là et montrer aux

étudiants que ça peut se prendre en charge, que c'est des personnes comme les autres et que... et qu'on peut les aider et qu'ils peuvent le rendre au centuple quoi, ça c'est aussi un rôle pendant les études.

H : D'accord, dans le non-jugement ?

N3 : Bah je dirais pas que c'est le non jugement, tu juges parce que t'as besoin de jauger aussi la personne en face de toi et ouais... enfin si c'est le jugement... Enfin c'est évaluer la personne sans la juger ouais. Mais pas te reprocher le jugement aussi... Parce qu'encore une fois, tu juges tout le temps, tu juges tout, tout le temps, c'est pas possible de pas juger, je pense qu'il y a des choses que tu peux pas accepter et c'est aussi se respecter en acceptant que ces choses-là, tu peux pas les accepter, donc être dans le non jugement je trouve que c'est un peu... c'est trop beau pour être vrai en fait, le non jugement, c'est ça que je me dis : c'est que c'est pas possible.

H : Donc faire en sorte que le jugement ne soit pas délétère ?

N3 : Ouais, apprendre... apprendre à gérer ton jugement, apprendre à t'en servir, à ce que ce soit une aide et pas un frein, tu vois, donc encore une fois mon jugement par rapport au fait qu'une personne m'écoute pas quand je lui parle et me rit au nez... beh je l'ai jugé hier pour ça, mais ça m'a pas freiné dans mon soin, en tout cas j'ai pas eu le sentiment que ça m'ait freiné dans mon soin... mais je l'ai jugée, je l'ai complètement jugée, je me suis dit « mais qu'est-ce qu'elle fait ? » Mais voilà ça m'a pas freiné non plus. Voilà c'est : ne pas juger le jugement quoi.

H : Est-ce que t'as des choses à ajouter ?

N3 : Non je crois que j'ai fait le tour, j'ai assez parlé. *rire*

H : Écoute merci beaucoup, c'était super intéressant.

N3 : Y a pas de souci, avec plaisir.

Entretien N4

Présentiel : au cabinet de l'interviewé

45min

H : Donc, merci de m'avoir reçu. Donc moi c'est Hadda je suis interne en dernier semestre de médecine générale et du coup ma thèse elle porte sur les représentations des médecins généralistes concernant les patients en grande précarité, voilà. L'entretien est enregistré et c'est complètement anonymisé donc les noms seront changés par des numéros.

N4 : D'accord.

H : Voilà, c'est pas... enfin il y a pas de bonne réponse, c'est pas un interrogatoire scolaire, c'est vraiment... le principe c'est de plonger au cœur de tes représentations et voilà.

N4 : OK.

H : Si tu veux bien, on peut commencer par une petite présentation brève : âge, expérience professionnelle...

N4 : Oui, moi je suis médecin généraliste installée depuis 10 ans, toujours au même endroit ici à Bailleau l'évêque.

H : D'accord.

N4 : J'ai fait quelques remplacements en ville à Chartres et à Nogent le Phaye.

H : Ok.

N4 : Mais ça reste le secteur de Chartres et ça reste un secteur qui n'est pas défavorisé, euh... avec une population de classe moyenne je dirais... voilà, globalement mon expérience professionnelle jusqu'à aujourd'hui... et j'ai 42 ans.

H : Ca marche, des formations complémentaires, des DU ?

N4 : Non, pas de formation complémentaire.

H : D'accord, est-ce que tu parles une langue étrangère ?

N4 : Euh... espagnol, anglais mais niveau lycée.

H : D'accord, est-ce que ça te sert en consultation ?

N4 : L'anglais un peu, pas quand je suis en consultation à mon cabinet mais quand je suis en consultation en garde à la maison médicale. Oui j'ai pas spécifié, mais j'ai une grosse activité de garde à la maison médicale de Chartres.

H : D'accord.

N4 : Je fais une quarantaine de gardes par an à peu près, ok, là où on est obligé d'en faire 4/5 chacun, c'est un souhait de ma part et là pour le coup, je vois euh... Ben des patients de toute classe sociale... et parfois des étrangers, quand ils sont en vacances.

H : D'accord.

N4 : Donc ça peut me servir l'anglais, l'anglais de base mais sinon...c'est tout.

H : Est-ce que t'as déjà eu une expérience dans l'humanitaire ?

N4 : Non.

H : Non jamais ? Est-ce que tu envisages de faire ça dans le futur ?

N4 : Euh... si je le fais ce sera uniquement par le biais de l'association Sambala28 avec le docteur ***** parce que je... parce que je sais où je vais, je sais que ça tient la route, que c'est quelque chose qui est vraiment bien monté... mais sinon autrement que ça je n'en ferai pas non.

H : OK d'accord merci. Et parmi ta patientèle ici, est-ce que tu aurais une proportion à donner de patients en grande précarité ?

N4 : 2/3%... 2%... Ouais c'est très très faible, si on parle de la « grande » précarité. Et après il y a des gens en difficulté financière, il y a des gens... mais c'est pas de la « grande » précarité, enfin selon moi en tout cas, c'est pas une définition que je considère comme « grande » précarité.

H : Ok d'accord, merci pour ta petite présentation, est-ce que tu pourrais me parler de la consultation qui t'a le plus marquée avec un patient en grande précarité ?

N4 : C'était un patient qui était aux « Compagnons du partage » donc les « Compagnons du partage » c'est un foyer, en fait, qui accueille des gens défavorisés qui viennent de la rue essentiellement hein... des SDF, pour les réinsérer en fait... un peu socialement. Ils les font travailler, ils vont chercher des meubles chez les gens et les mettent dans des dépôts ventes, enfin voilà... ça permet de les réinsérer.

H : D'accord

N4 : Et... c'était un monsieur qui avait toujours été dans la rue je pense. On connaît jamais trop bien leur histoire parce que... ils nous racontent ce qu'ils veulent déjà, et puis bah souvent l'historique... comme c'est des gens qui sont un peu à droite à gauche et qui ont pas vraiment de domicile, on sait jamais trop d'où ils viennent. Il était d'origine africaine mais... je sais pas depuis combien de temps il était en France, et en fait, il avait toute sa tête ce monsieur... il avait 45 ans, et je dis « avait » parce que depuis, il est décédé, et en fait on lui avait découvert un anévrisme énorme abdominal et il était tellement... il avait eu des consultations, on devait l'opérer quoi qu'il arrive, de toute façon c'était obligatoire et il était... il avait pas de troubles cognitifs, donc c'est un patient qu'on pouvait pas vraiment mettre... enfin qui n'avait pas de trait psychiatrique en fait, pour vous obliger à faire des « obligations de soins » et il a jamais voulu se soigner ce monsieur... et en fait il est mort, il y a pas très longtemps, l'année dernière, au « Compagnons du partage », parce qu'il a rompu son anévrisme... enfin bon, c'était un peu horrible et en fait c'est compliqué parce que comme il avait pas d'entourage, il y avait personne qui pouvait le résonner en lui disant qu'il fallait qu'il se prenne en charge et qu'il se traite... et il avait pas toutes les facultés pour comprendre les risques mais bon... on avait quand même évoqué le fait qu'il pourrait mourir de ça si on faisait rien... et ça m'a choqué, alors ça aurait pu arriver avec quelqu'un qui était pas en grande précarité non plus, puisque finalement c'est peut-être pas complètement sa précarité qui l'a conduit à décéder de ça, mais mine de rien il aurait été dans un milieu familial, il aurait peut-être eu une maison, enfin voilà un lien social... voilà plus tissé, ça aurait été plus facile de le prendre en charge et de le raisonner, ça c'est sûr...

H : Qu'est ce qui t'a marqué le plus dans cette histoire ?

N4 : Ben... l'impuissance, que nous on peut avoir en fait vis-à-vis de ça... parce que finalement c'est sa vie, on décide pas pour lui, mais nous on est quand même formés pour que les gens vivent quelque part... donc c'est pas toujours facile d'accepter, même si au fil du temps on finit par nous aussi se raisonner en tant que médecin et se dire que de toute façon on n'est pas là pour maîtriser la vie des gens, même des gens qui voudraient se suicider ou autre hein finalement quand on y réfléchit bien... donc c'est ça, peut-être l'impuissance ça nous... ça nous ramène à nos propres difficultés vis à vis du patient en fait, donc voilà.

H : C'est quoi pour toi la grande précarité ?

N4 : Alors, pour moi la grande précarité ce serait... pour moi la précarité elle a plusieurs volets : elle a un volet financier, elle a un volet social, elle a... je sais pas si je pourrai donner une définition comme ça, mais c'est quelqu'un déjà qui est très démuné sur le plan financier, c'est quelqu'un qui n'a peut-être pas les facultés de demander des aides parce qu'il existe des gens pour qui... enfin il existe des aides pour les gens qui sont en précarité, mais encore faut-il qu'ils les demandent. Et puis c'est des gens isolés pour moi, isolés un peu socialement, pour moi ce serait ça la grande précarité : l'isolement social avec des grandes difficultés financières qui limiteraient l'alimentation et le soin, les besoins primaires finalement.

H : C'est des patients isolés de leur famille, isolés socialement...

N4 : Socialement globalement, pas que de leur famille, dénués de lien social.

H : Marginalisés ?

N4 : Oui on peut aller jusque-là oui, puisque finalement les gens qui n'ont pas de lien social en général ils sont un peu marginaux quelque part, donc ouais.

H : Et si tu devais donner des profils-types, des archétypes de patients en grande précarité ?

N4 : Alors... Je dirais que la caricature ce serait celui qui est vraiment dans la rue, mais je pense qu'il y a pas que ça... je pense qu'il y a plein de gens en grande précarité qu'ont un toit, qu'ont peut-être même une famille hein... c'est la famille qui se trouve en précarité, donc je dirais que la caricature c'est : la personne dans la rue désocialisée marginale, le SDF clairement... Après ben, pour moi, ce serait des profils à très bas niveau socio-économique en fait, des gens... je sais pas s'il y a des gens qui travaillent qui peuvent se trouver en grande précarité, mais je pense que oui, je pense que quelque part il y a des gens qui ont un emploi mais qu'on peut peut-être considérer en grande précarité, parce que bah... ils doivent subvenir aussi aux besoins des proches et que ça suffit pas en fait à couvrir, voilà, globalement c'est un peu ça pour moi les profils.

H : D'accord, donc pour toi ce serait plutôt donc les personnes qui sont vraiment sans abri, à l'extérieur dans la rue, et les personnes qui ont une situation financière insuffisante par rapport aux...

N4 : Oui, aux besoins primaires, parce que à l'heure actuelle il y a beaucoup de besoins secondaires et tertiaires qui passent un peu devant les besoins primaires, voilà, j'estime que si on a de l'argent pour s'acheter un téléphone ou je ne sais quoi... on peut pas se dire en précarité, parce qu'on n'a plus assez pour manger ou pour se soigner, tu vois... il faut vraiment mettre au premier plan le besoin primaire, qui n'est pas satisfait avant tout.

H : C'est quoi ces besoins primaires ?

N4 : L'alimentaire et se soigner.

H : D'accord, et le logement ?

N4 : Et le logement, oui.

H : OK, est-ce qu'il y a d'autres profils qui te viennent en tête ?

N4 : Non, pas vraiment... il en existe peut-être d'autres mais c'est vraiment ceux-là...

H : Les 2/3% de ta patientèle, c'est... ?

N4 : C'est des gens en réinsertion, c'est des gens en insertion donc qui étaient en très grande précarité, qui le sont un peu moins du fait de l'accompagnement social mais qui, pour moi, restent précaires... parce que malheureusement, c'est souvent pas des choses durables, parce que c'est des gens qu'on peut pas contenir en fait, et si ils veulent mettre les choses en échec ou s'ils ne veulent pas rester dans ce cadre social parce qu'ils s'y sentent pas bien, ils peuvent redécider de tout arrêter et c'est de la « précarité intermittente » en fait un peu. Il y a des moments où ils sont aidés, où on les accompagne, et puis il y a d'autres moments où ils retournent soit dans la rue, ou autre... et ils sont de nouveau en grande précarité, donc pour moi ils sont en grande précarité de façon un peu continue, avec un peu de répit de temps en temps.

H : Une situation instable.

N4 : Oui.

H : Ok, donc je suis assez d'accord sur la définition de la grande précarité hein, dans notre travail de recherche on s'est concentré sur les personnes qui n'ont pas de logement stable, ça peut être les personnes au foyer, ça peut être les SDF... donc ça rejoint un peu ta définition de la grande précarité. Euh... c'est quoi les facteurs qui contribuent à la précarité ?

N4 : Je pense que la nationalité, en fait les gens immigrés, ça y joue beaucoup parce que... déjà c'est pas simple quand on arrive dans un pays où on connaît personne, et on n'a pas de lien de... et souvent on n'a pas d'argent, de trouver de quoi se loger, donc je pense que... Alors pas la nationalité parce que

c'est pas, c'est pas le bon terme, c'est plutôt le fait de venir d'un autre pays en fait... donc ça pour moi c'est un facteur. La question c'est quels sont... ?

H : Les facteurs qui contribuent à la grande précarité... donc l'exil ?

N4 : Oui, globalement l'exil. Euh... bah tout ce qui est emploi hein... tout ce qui va être le chômage etc... le chômage ou... pas de rémunération en tout cas, soit le fait de ne pas travailler, par choix pour certains et subis pour d'autres... voilà, globalement ça c'est les facteurs pour moi qui... qui amènent à la précarité, sachant qu'il y a aussi des gens en France, qui sont nés en France dans des campagnes etc qui sont aussi en grande précarité, je pense dans des campagnes profondes, isolées un peu de tout... et l'isolement, l'isolement géographique aussi je pense que ça peut mener à la précarité, à mon avis, le fait d'être un peu loin de tout, l'isolement ça doit y mener aussi.

H : Par quel biais ?

N4 : Par les difficultés qu'on a à être loin de tout, le fait de pas pouvoir se véhiculer, le fait d'être parfois seul donc sans aide autour, c'est plutôt ça en fait ouais... l'isolement géographique il fait que la distance pose un souci, puisque potentiellement si on est en précarité on n'a pas d'argent pour se déplacer non plus.

H : Est-ce qu'il y a d'autres facteurs ?

N4 : Non, j'en vois pas d'autres là tout de suite.

H : D'accord, en quoi tu penses que la grande précarité peut influencer sur l'état de santé d'une personne ?

N4 : Alors, le système de santé est globalement fait pour que les gens malades n'aient pas grand-chose à déboursier, mais encore faut-il avoir une couverture sociale. Donc je pense, et de par, un petit peu ce dont on discutait avec Nicolas, il existe des choses pour des gens qu'ont pas de couverture sociale, mais ça reste d'un accès quand même assez difficile et limité... donc je pense que ça peut conduire en fait au... pas au refus de soins, mais au fait de moins soigner quand on a moins facilement accès aux soins. C'est vrai aujourd'hui pour des gens qui sont pas en précarité, les gens consultent moins parce qu'ils ont moins aussi d'accès, et donc ils finissent par plus consulter pour certaines choses qui le mériteraient... Et c'est encore plus vrai, je pense, pour les gens en précarité, parce que il y a peut-être des endroits où ils peuvent pas aller, il y a peut-être des médecins qui veulent pas les recevoir parce qu'ils vont peut-être pas pouvoir payer la consultation... Donc voilà, je pense que probablement que l'offre de soins, pour les gens en difficulté et les gens précaires, n'est pas suffisante... et du coup ils se soignent moins. Après est-ce que quand on est dans la précarité on a vraiment une culture de prendre soin de soi ? Je sais pas. Je pense pas qu'on soit dans cette démarche là en fait. Est-ce que la précarité mène pas à certaines idées un peu dépressives chez certains et pourquoi se soigner avec la vie qu'on a ? Je pense qu'il y a peut-être ça aussi chez certaines personnes, c'est peut-être pas simple non plus d'avoir envie de se soigner, d'avoir envie de prolonger une vie qui parfois est pas simple à vivre au quotidien... Donc je pense que ça, ça peut... ça peut aider aussi au fait qu'ils se soignent moins. Tu peux me redire la question exacte ?

H : Alors la question exacte c'était en quoi leur situation de grande précarité contribue à...

N4 : Oui d'accord ok, alors bah le fait qu'il ne peuvent pas se déplacer aussi potentiellement, parce que parfois ils ont pas de quoi se véhiculer pour aller voir des spécialistes ou autre, ils peuvent pas payer les dépassements d'honoraires quand y'a des chirurgies ou autre, donc tout ça pour moi ça conduit... et là pour le coup, on est sur le transport, mais on est beaucoup beaucoup dans le financier quand même, c'est l'idée que je m'en fais. Je pense que quand on a déjà pas de quoi se nourrir tous les jours pour certains, ben on a encore moins de quoi payer ses soins.

H : Les soins ce n'est plus une priorité.

N4 : C'est ça, on est dans du besoin primaire quand même, mais pas si primaire que ça...
L'alimentation passe avant le soin.

H : Est-ce qu'il y avait d'autres choses dont tu voulais parler par rapport à l'influence sur la santé ?

N4 : Non je vois que ça, sauf si en formulant d'une autre façon il y a d'autres choses qui viennent en tête... mais non, je pense vraiment que c'est le transport, les finances et peut-être « pas l'envie de se soigner » pour certains et puis euh... alors peut-être qu'il y a aussi certains symptômes qu'ils n'estiment pas comme des symptômes de maladie.

H : C'est à dire ?

N4 : Peut-être qu'ils vont pas consulter... ils vont consulter pour des symptômes importants, et qui dit « symptôme important » peut dire « retard de diagnostic » pour certaines maladies, ils vont pas consulter pour des « petites choses » entre guillemets, ou ce que eux estiment potentiellement être des « petites choses », ils vont peut-être plus supporter certaines douleurs ou certains désagréments... et du coup ça créé un retard, donc je pense qu'il y a ça aussi.

H : Donc on a parlé du retard de diagnostic, est-ce qu'il y a d'autres impacts sur l'état de santé ?

N4 : D'autres impacts sur la santé ? Ben c'est des gens qui ont souvent pas une bonne hygiène de vie je pense, donc une mauvaise hygiène de vie, donc des pathologies déclarées plus tôt, et puis euh... ouais je pense des pathologies déclarées plutôt avec de la malnutrition, de la dénutrition chez certains, donc une accélération du vieillissement et une accélération... enfin un raccourcissement de la durée de vie, je pense... ne serait-ce que du fait de leur mode de vie même... sans parler de s'ils consultent ou pas, parce que même si ces gens-là ils consultent, ils ont quand même la vie qu'ils ont dans le quotidien, ils ont quand même de la dénutrition, probablement pour certains des troubles du sommeil parce qu'ils sont mal logés, enfin des douleurs lombaire parce que ben ils dorment peut-être pas dans un vrai lit... enfin voilà, plein de choses qui font que les symptômes en eux-mêmes, même si ils consultaient, ils pourraient être traités mais ça change pas leur mode de vie de base, qui en fait est globalement mauvais pour leur santé donc...

H : Est-ce qu'il y a d'autres choses ?

N4 : Non, je pense que j'ai fait le tour.

H : Ok, et quand tu as eu des personnes en grande précarité en consultation, tu as adapté ta façon de mener la consultation ou ta façon de prodiguer les soins ?

N4 : Alors... oui, mais je dirais que j'ai l'impression de le faire un peu pour tout le monde, c'est pas particulièrement parce que les gens sont en grande précarité que je change ma façon de faire, je m'adapte comme je m'adapterais à quelqu'un qui est à un niveau social très élevé et qui peut comprendre beaucoup de choses avec beaucoup d'explications. J'ai pas l'impression de changer foncièrement ma façon de faire puisque je le fais pour chaque patient. Je disais à mon interne hier, « il faut que tu apprennes à t'adapter au public que tu as en face de toi, il y a des personnes tu pourras leur expliquer les choses, leur faire comprendre par A+ B qu'il faut faire telle ou telle chose et seront tout à fait à même de le faire. Il y en a d'autres plus limités, auxquels il faudra donner des explications plus simples et peut-être une fois par consult, pour pas trop les surcharger d'informations ». Et ça, que les gens soient en précarité ou pas, je pense qu'il faut le faire et j'ai pas l'impression de changer vraiment foncièrement ma façon de consulter avec quelqu'un qui est en précarité, je m'adapte à ce qu'il est capable d'entendre. Et là où je peux peut-être être en difficulté, parfois plus quand je suis de garde éventuellement à la maison médicale, c'est qu'il y a certaines cultures que je ne connais pas, et que la culture d'un pays on sait qu'elle est différente d'un pays à l'autre... et que parfois il y a des plaintes

dans certains pays qui sont un peu récurrentes, et que nous on comprend pas de la même façon parce qu'on n'a pas la même la même éducation ou le même vécu en fait, de la douleur ou du soin... donc là on peut être un peu en difficulté vis-à-vis de ça parfois, donc on essaie de s'adapter au mieux avec les connaissances qu'on a et la culture qu'on a c'est surtout... donc oui, j'adapte ma consultation à la personne en grande précarité, mais comme je le ferai pour n'importe quel patient en fonction de sa culture, si tant est que je la connaisse... et son niveau de compréhension.

H : D'accord, donc plutôt axé sur le niveau de compréhension, sur la différence de culture... est-ce que tu pourrais préciser les adaptations vis-à-vis des patients en grande précarité ?

N4 : Oui, euh... je vais rester très basique dans mon vocabulaire, je vais pas utiliser de termes médicaux du tout, je vais pas dire « céphalée » pour maux de tête, voilà je vais rester très simple et plutôt assez directive dans mes questions... Souvent parce que j'ai remarqué que souvent les réponses elles sont pas très claires aux questions, donc j'essaie de poser des questions simples pour orienter mon interrogatoire... alors je peux faire des questions ouvertes et les laisser parler bien sûr, mais comme c'est des gens qui souvent se plaignent pas beaucoup ils ont... je trouve qu'ils ont une façon d'exprimer parfois leur plainte un peu différente des autres patients et donc je pose des questions plus claires et plus directives pour m'aider en fait, dans mon raisonnement clinique, voilà c'est peut-être... j'axe vraiment les choses sur la simplicité, pas que... pas qu'on soit ignare quand on est en grande précarité, il y a des gens en grande précarité qui réfléchissent et qui savent... enfin voilà, qu'ont un raisonnement malgré tout, mais il faut savoir rester simple pour les aider en fait à répondre aux questions donc je fais ça, j'essaie au maximum de me mettre au niveau du public que j'ai en face de moi, pour moi m'aider après dans mon raisonnement.

H : D'accord, Est-ce qu'il y a d'autres adaptations ?

N4 : Ouais, j'essaie souvent d'être plus gentille *rire* Je suis plutôt quelqu'un de gentille mais en fait bah... c'est toujours un peu... voilà, ça fait de la peine en fait de voir des gens comme ça et on a envie de les aider ces gens-là, mais malheureusement on est limités en fait... On peut bien faire que ce qu'on sait faire et malheureusement il y a un volet social énorme en fait... que nous on ne connaît pas souvent, et qu'on ne maîtrise pas, et c'est souvent un peu frustrant donc... on a presque envie de mieux les soigner que les autres pour leur apporter au moins une aide maximale à ce niveau-là... mais on sait qu'on pourra pas les sauver de tout, donc voilà pour ma part.

H : Merci, et est-ce que c'est difficile de prendre en charge ces patients ?

N4 : Alors c'est pas forcément difficile, enfin si je dois décrire les difficultés que ça peut m'apporter c'est... ce qui est difficile en fait c'est un peu... on les perd un peu de vue je trouve, je parle moins pour mon expérience professionnelle des « Compagnons »... Des fois on les voit, et puis on a un peu du mal à les capter, on a du mal à faire un suivi en fait... donc ça c'est difficile de faire un suivi. Ce qui est difficile c'est que c'est frustrant, parce qu'on peut pas faire tout ce qu'on voudrait.

H : En termes d'examens médicaux ?

N4 : Non, on peut pas faire tout ce qu'on voudrait parce que... oui en termes de... toujours en termes d'observance et de suivi en fait, c'est toujours de se dire : c'est plus facile de reconvoquer un patient une semaine après pour voir si une hypertension elle est équilibrée avec le traitement, lui faire faire une automesure tensionnelle c'est plus compliqué souvent chez ces personnes-là parce qu'ils sont soit moins observants... Soit ben... ils vont pas avoir la capacité tout simplement de faire des choses simples en fait, que nous on estime simples dans le quotidien, mais qui le sont pas pour eux donc... La difficulté c'est aussi d'accepter ben... d'être un peu humble en fait, et d'accepter de de pouvoir faire un travail un peu inachevé, un peu moins abouti, et de se dire ben « tant pis, on équilibre peut-être un peu moins bien la tension et le diabète, mais c'est pas grave en soi », voilà... de toujours se dire « c'est toujours un petit plus pour leur santé », et il faut accepter de pas faire les choses de façon optimale hein... Ca c'est quand même vrai pour tout en médecine générale, mais d'autant plus là, parce qu'on

sait qu'il y a des freins en plus qui vont un petit peu nous embêter pour bien soigner le patient... donc c'est plutôt ça les difficultés. Après bah... c'est la difficulté de la culture, je connais pas toutes les cultures, je connais pas... et ça bah c'est pas toujours euh... c'est pas toujours évident, voilà, de savoir la culture médicale de certains pays ou de certaines origines parce que ben... j'ai pas voyagé suffisamment et j'ai pas fait d'humanitaire pour suffisamment comprendre en fait... certaines cultures, voilà, et après bah... parfois il y a la barrière de la langue, c'est de moins en moins vrai, enfin en tout cas moi dans mon expérience je l'ai pas eu parce que même si j'ai eu des gens parfois précaires en garde il y avait toujours plus ou moins quelqu'un qui les accompagnait... ou enfin j'ai pas eu vraiment de grosses difficultés liées à la langue, et puis je trouve qu'on arrive toujours à plus ou moins à s'en sortir en tout cas dans de l'aigu. Sur un truc aigu, une douleur abdo, on arrive toujours plus ou moins avec la gestuelle à se sortir d'une consult. Après, s'il fallait prendre en charge quelqu'un qui parle pas du tout la langue... bon après on a des outils hein, mais ce serait plus compliqué pour le suivi, mais pour l'aigu la barrière de la langue elle est pas si... elle est pas si problématique pour moi.

H : Et pourquoi ce serait plus difficile pour le suivi ?

N4 : Bah parce que parfois il faut donner des explications et il suffit pas de dire « est-ce que vous avez mal à l'oreille ou le ventre... ? » enfin voilà, il y a des choses un petit peu plus poussées et je pense que dans le vocabulaire ou dans la gestuelle on resterait limité quand même pour expliquer des choses... parce que même si parfois c'est des gens qui comprennent pas des choses très abouties, ben faut quand même qu'ils comprennent un minimum et leur expliquer un minimum les choses, pour qu'ils adhèrent aussi et puis pour établir un lien de confiance... parce qu'ils ont besoin aussi d'avoir confiance en nous, déjà qu'ils sont isolés et qu'ils sont un peu des fois... voilà, transbahutés à droite à gauche, c'est quand même bien qu'ils puissent avoir au moins un référent et quelqu'un en qui ils puissent avoir un minimum confiance.

H : Et en parlant de ce lien de confiance, parmi les 2 3% dont tu m'as parlé tout à l'heure, est-ce qu'il y en a que t'as suivi au long cours ou pas ?

N4 : Oui, oui, il y en a 2 ou 3 que j'ai suivi au long cours et que j'ai suivi jusqu'au bout. Alors bon, comme voilà... c'est des gens qui n'avaient pas une bonne santé etc, c'est des gens qui sont morts jeunes. Il y en a 2 qui sont décédés et qui avaient entre 40 et 50 ans, il y en a un que je vois plus depuis récemment parce qu'il est parti, mais un monsieur toxicomane, SDF, que je voyais pour des substitutions, qui était suivi par un psychiatre aussi et que j'ai suivi pendant peut-être... 5 ou 6 ans... et on a réussi à faire des choses hein, clairement, on a réussi à faire des choses, mais je ne l'estimais plus à ce moment-là en grande précarité.

H : Pourquoi ?

N4 : Ben, il avait euh... il était dans cette phase de grande précarité intermittente, où il avait quand même un accompagnement voilà... il était quand même au foyer, il avait des accompagnements sociaux, il avait quand même des gens qui prenaient rendez-vous pour lui, on avait... c'était quelqu'un clairement, qui était précaire, mais suffisamment accompagné à ce moment-là de sa vie... et je suis persuadée malheureusement que là il est parti, il va retomber de nouveau dans une précarité plus importante, mais c'est peut être faux de penser ça hein... mais pour moi il était dans une précarité un peu moins inconfortable qu'avant, parce que accompagné.

H : Parce que accompagné et donc ça facilitait la réinsertion, la prise en charge, le suivi...

N4 : Exactement, et puis le suivi hein, tout bêtement hein.

H : Il était accompagné en consult ?

N4 : Nan il venait tout seul, il venait tout seul parce que ça reste des gens qui sont quand même autonomes, qui sont pas sous tutelle, et puis... qu'ont un accompagnement externe, mais qui sont pas

suivis par des éducateurs ou autres, enfin c'est des gens adultes souvent... j'en ai vu un ou 2 avec des éducateurs, ça c'était plutôt en garde, mais c'est souvent des mineurs ou très jeunes adultes... mais non ils venaient tout seuls en consultation.

H : Et... enfin ces patients des « Compagnons du partage »... tu les suis ici, au cabinet ?

N4 : Oui

H : Et c'est quoi leurs histoires de vie ? Fin... c'est des toxicos... ?

N4 : Euh alors globalement euh... oui, c'est des gens très souvent toxicomanes ou alcoolo-tabagiques, qu'ont souvent connu la rue quand même, et qu'ont souvent des histoires de vie alors... je sais pas la proportion entre des gens... je connais pas la proportion entre des personnes qui seraient immigrées ou des gens vivants en France, désocialisés... ça je sais pas trop la proportion qu'il y a, donc j'ai pas trop d'idées par rapport à ça, mais en tout cas-là, aux « Compagnons », parce que je suivais de façon un petit peu, un peu... je dirais que les gens immigrés qui sont passés, je les voyais moins longtemps, ils restaient pas trop... alors je sais pas pour quelle raison, je sais même pas s'il y a un lien de cause à effet d'ailleurs, mais je les voyais pas très longtemps... mais globalement voilà, là c'est plutôt des gens de la rue, alcoolo-tabagiques ou toxicomanes... euh... voilà, avec un parcours de vie vraiment... un peu marginaux quoi, et puis qui... sur le tard parce que... à 30/40 ans, voilà bon... aller dans des foyers, des choses comme ça... c'est ça donc, des gens avec euh... déjà des pathologies, parce que à 30/40 ans quand on a vécu dans la rue, on a des pathologies euh... de personnes de 80 ans quoi, donc voilà.

H : Ok, est-ce qu'il y a d'autres difficultés dont tu voulais parler ?

N4 : Non, en tout cas... je sais pas si c'est quelque chose qui est ressorti dans tes entretiens, mais moi la difficulté du danger... enfin ou de l'insécurité, je ne l'ai pas ressentie du tout.

H : En présence de ces patients-là ?

N4 : Oui, c'est pas des gens qui sont agressifs... ou fin moi, j'ai toujours trouvé que c'était des gens plutôt gentils, un peu réservés, assez... faciles finalement... ouais, des gens assez faciles mine de rien à... euh... à manier dans la consultation en fait, donc moi j'ai pas ressenti en tout cas de difficulté, d'insécurité ou de gens voilà... agressifs ou demandeurs.

H : C'est des gens plutôt compliants ?

N4 : Oui oui je trouve, ouais mais sinon... non pas d'autres difficultés.

H : Ok, et quelles solutions t'as trouvé pour ce genre de difficultés ?

N4 : Bah... là les difficultés que je rencontrais c'était quand même... soit le fait d'être un peu frustrée, de pas aller jusqu'au bout, soit... alors clairement hein, c'est pas tant une solution pour le patient qu'une solution pour soi... c'est-à-dire, euh... Ben d'accepter de faire moins bien les choses, ou de les faire parfois à moitié, et de faire des choses non abouties plutôt que de pas les faire du tout.

H : Donc l'acceptation du fait qu'on puisse pas tout régler quoi.

N4 : Oui, du fait qu'on a de l'impuissance parfois. Et voilà, d'accepter de pas pouvoir tout régler, je pense que ça c'est une vérité pour tous nos patients, vraiment, et... mais on en prend plus conscience là, dans les gens en grande précarité, parce que ben... c'est là où on est le plus limité. Donc la solution elle n'est pas tant pour le patient, mais elle est plus nous dans notre pratique en fait, et dans l'acceptation qu'on peut avoir de ces difficultés là.

H : Et s'il y avait des mesures à mettre en place par exemple, dans la prise en charge de ces populations, qu'est-ce que tu proposerais ?

N4 : Alors, je pense que dans nos cabinets de médecine générale il n'y a pas grand-chose à proposer à petite échelle en fait. Je pense que... je suis pas sûre que dans un cabinet ce soit euh... alors si, on pourrait... j'avoue j'y ai jamais pensé en fait, mais est-ce qu'on pourrait pas mettre en place, j'en sais rien, pour des gens qui ont pas de couverture sociale, qu'ont pas... alors même si y a quand même beaucoup de choses qui sont faites à ce niveau-là, mais... est ce que on pourrait pas mettre en place, je sais pas moi, 3 à 4 consultations par semaine dans chaque cabinet de médecine générale pour des gens justement en précarité... alors après c'est toujours pareil hein, comment on définit la précarité, comment on les recrute, comment on dit entre guillemets « bah oui... bon, monsieur vous êtes en grande précarité, vous pouvez aspirer à prendre ce créneau de consultation qui est pour les gens en grande précarité » *rire* je sais pas si clairement ça pourrait se faire sur le papier, mais soit à titre individuel ce serait potentiellement effectivement de pouvoir recevoir je sais pas moi... 3 à 4 consult par semaine, dans des cabinets libéraux, de personnes en grande précarité... soit sur la base du volontariat, soit « imposé », entre guillemets. Mais après je pense que ça reste quand même les centres comme il peut y avoir... soit à Chartres, soit les centres de santé... En fait comme c'est quelque chose de pluridisciplinaire, comme c'est une prise en charge à la fois... voilà, infirmière, psychologue, assistante sociale... je pense que ça se conçoit plus en centre plutôt qu'à l'échelle individuelle d'un cabinet de médecine générale... vraiment, je pense que le soin est meilleur en travail de groupe pour ce type de patient que isolément, puisque comme j'ai dit au début de l'entretien, on peut apporter qu'une solution à leurs problèmes, et la plus grosse problématique elle est parfois pas médicale... donc voilà, on est qu'un petit bout de la solution, et il faut pas... voilà, il faut pas être frustré de ça... mais par contre voilà, je pense qu'on est moins frustré de ça quand on travaille en centre, parce qu'on a d'autres interlocuteurs et que sur une patientèle de médecine générale... on n'a pas les moyens, ni de temps... enfin surtout de temps je dirais, d'avoir tous ces interlocuteurs-là... parce que c'est des gens loin, avec qui on travaille peu... et on a un pourcentage, enfin pour ma part, trop faible pour avoir des « contacts privilégiés » entre guillemets, avec des organismes qui pourraient aider ces patients-là... donc pour moi les solutions optimales c'est les centres de santé pluridisciplinaires, médico-social je dirais même... centre de santé médico-social, qui puisse apporter une solution à la santé et au logement en fait, et au toit quoi... voilà c'est ça que je verrais.

H : Est-ce qu'il y avait d'autres besoins ?

N4 : D'autres besoins pour les gens en grande précarité ?

H : Pour la prise en charge des personnes en grande précarité ?

N4 : Ben non, ces besoins là en fait c'est juste un problème... enfin pour moi les besoins là ils peuvent être en partie comblés par ces prises en charge là, médico-sociales. Après ben... c'est le besoin de l'offre hein... Malheureusement c'est l'offre insuffisante, mais je vois pas vraiment d'autres besoins pour ces gens-là, en tout cas si je reste toujours un peu basique dans mes besoins primaires. Après oui... il y a du besoin de confort, y a besoin de bien-être, il y a des choses qui peuvent paraître plus secondaires et qui le sont pas tant que ça finalement, mais bah...

H : C'est-à-dire ?

N4 : Ben le bien-être de la personne, le bien-être de la personne euh... ça on passe aussi par ça, et c'est pour ça que je dis aussi qu'il faut des centres médico-sociaux, j'entends par « médico », « médico/paramédico » parce que il faut du suivi psychologique, c'est souvent des gens qu'ont eu des traumatismes... donc voilà, la prise en charge pluridisciplinaire pour moi... les besoins ils sont vraiment multiples et ils sont très interdisciplinaires, y a beaucoup en fait de disciplines qui doit... qui doit intervenir pour tenter d'essayer de les faire aller bien, et ça n'en passe pas que par du soin médical et des médicaments, ouais.

H : Le suivi psychologique c'est...

N4 : Ben c'est indispensable pour moi, ne serait-ce que pour adhérer à ce que nous on veut bien leur proposer sur le plan médical, et puis prendre conscience qu'on est malade... parce que y en a certains qui savent pas aussi qu'ils sont malades, et qui se sentent pas malades ou qu'ont pas forcément envie de se traiter parce que, effectivement, il y a peut-être une vie qui est pas idéale derrière et que si on améliore un peu cette vie, ça donnera peut-être un peu plus envie de la vivre, donc je pense que... je pense qu'il y a ça : je pense que c'est vraiment les besoins médicaux/paramédicaux/sociaux.

H : Et qu'est-ce que t'en penses de la prise en charge psychologique au vu des différences de culture justement ?

N4 : Si la personne qui fait la séance de psychologie est formée aux différentes cultures ça me paraît pas problématique. Mais encore faut-il connaître la culture et peut-être que, effectivement, le suivi psychologique qui est hyper large et hyper répandu en France, c'est peut-être quelque chose qui ne l'est pas dans d'autres pays, ça c'est sûr. Mais après dans ces cas-là, c'est peut-être pas du suivi psychologique, ça peut être autre chose. Mais après des fois je dis à mes patients : « vous allez voir le marabout du coin si vous voulez, je m'en fiche, tant que vous allez mieux » *rire*... bon bah c'est un peu à cette image-là, c'est de se dire quelque part, on essaie de proposer une prise en charge, alors peut-être qu'il faut pas appeler ça de la « psychologie », peut-être qu'il faut nommer ça autrement, mais en tout cas une prise en charge de « mieux-être » voilà, de mieux-être du patient. Alors peut-être que ça passera par des psychologues pour certains, et par d'autres professions pour d'autres, je sais pas. Peut-être qu'on n'en a pas forcément beaucoup en France mais... ou des thérapeutes, enfin on peut appeler ça comme on veut... thérapie culturelle ou j'en sais rien... mais voilà, ça me paraît pas être un frein en fait, parce que en fait, on apporte une aide, c'est un accompagnement, on va dire une sorte de... « compagnonnage » on pourrait appeler ça, par exemple, « je vous vois pour vous aider à avancer dans votre vie »... on appelle ça comme on veut, de la psychologie ou... mais je pense que l'aide elle existe dans toutes les cultures, après ça dépend de la façon dont on l'aborde, mais je connais pas un pays où les gens s'aident pas tu vois, c'est la façon de le faire après, voilà.

H : Est-ce qu'il y avait d'autres choses dont tu voulais parler ?

N4 : Non j'ai beaucoup parlé déjà *rire*

H : Merci beaucoup.

N4 : C'est bon pour toi ?

H : Ben moi j'ai pas d'autre question, donc si c'est bon pour toi...

N4 : Oui je pense.

H : Eh ben super, merci beaucoup.

N4 : Je t'en prie.

Entretien N5

Présentiel : au domicile de l'interviewé

53min

H : Alors... donc moi je suis en 6e semestre de médecine générale, donc dernier semestre. Et ma thèse elle porte sur la grande précarité... donc sur les représentations, en gros, des médecins généralistes concernant bah... les patients en grande précarité. Euh... c'est complètement anonyme, donc tous les

noms seront remplacés par des numéros et bah... l'entretien est enregistré et il sera détruit après retranscription.

N5 : D'accord.

H : Ok, c'est pas du tout... enfin... un interrogatoire, avec des bonnes réponses, des mauvaises réponses... c'est vraiment... enfin l'idée, c'est de plonger dans vos représentations et et... voilà d'avoir... d'avoir votre avis sur le sujet. Donc je vous laisse pour commencer vous présenter : âge, expérience professionnelle, complément d'information...

N5 : Eh bien j'ai... je vais avoir 70 ans à la fin de l'année, j'ai 69 largement passé. Je suis installé depuis 1983 à Chartres, c'était ma première installation, j'ai fini mon service militaire je me suis installé juste après. Euh... mon expérience professionnelle... est bien c'est ça, c'est aussi la création d'une association humanitaire il y a maintenant de nombreuses années... et je travaille sur Madagascar. A part ça, j'ai été aussi médecin coordonnateur en ehpad pendant 25 ans, j'ai un DU de soins palliatifs, je suis médecin d'un club de rugby, médecin de la Ligue Centre de squash de... je suis joueur de squash, avec un classement national... petite parenthèse, demi-finaliste d'un championnat de France vétérans.

H : Bravo.

N5 : Et puis j'ai été médecin d'internat et puis... et puis... plein d'autres choses quoi, voilà.

H : Une activité très diversifiée.

N5 : Trésorier du Conseil de l'Ordre aussi, pendant 20 ans. Et puis je sais plus mais... plein d'autres choses, donc voilà. Bon, principalement mon activité c'est médecin généraliste... bon, ça a été médecin coordonnateur pendant 25 ans et puis j'ai arrêté l'année dernière parce que je me prépare à la retraite qui sera le 1 janvier 2025, donc bientôt.

H : Très bien, vous parlez une langue étrangère ?

N5 : Je parle anglais puisque j'ai mes joueurs de rugby qui sont des néo-zélandais, des fidjiens ou des sud-africains donc qui ne maîtrisent pas bien le français, donc on parle en anglais, voilà... et je baragouine le malgache.

H : Ah quand même.

N5 : Un petit peu oui, un petit peu.

H : Bon ça aide.

N5 : Et étant du Maroc, j'ai quelques notions un petit peu de... marocain, mais que les gros mots c'est tout.

H : *rire* ça, ça aide beaucoup.

N5 : C'est très très important.

H : Ok, est-ce que vous sauriez me donner une proportion de patients en grande précarité parmi votre patientèle ?

N5 : Alors j'en n'ai pas beaucoup... En très grande précarité je n'en ai pas. J'ai eu à un moment donné de mon activité professionnelle à soigner des gens qui étaient des SDF, mais pas d'une grande manière,

en revanche c'est des familles en effet qui sont des familles qui ne sont vraiment pas riches du tout, qui ont des difficultés financières, et on le voit, donc oui aisément.

H : Vous le voyez comment ?

N5 : Physiquement d'abord, ce sont des gens qui sont marqués par la vie, beaucoup plus que celui qui a de l'aisance financière. Euh... ils ont une espèce aussi de... de pudeur qu'on ressent : ils ne veulent pas montrer qu'ils sont en grande précarité, cette espèce de dignité, cette pudeur de dignité, alors que finalement chez un médecin on peut se mettre à nu, il y a aucun problème. A nu bien évidemment aussi bien moralement que autrement... mais c'est quelque chose que je ressens moi, voilà. C'est peut-être certainement inhérent à moi, tout simplement. Mais c'est quelque chose que je ressens oui, parce que les gens ont beaucoup de difficultés. Et il faut être très prudent avec ces gens-là, parce qu'ils ne sont pas demandeurs comme les autres, ils sont beaucoup moins demandeurs, justement... donc il faut savoir aller débusquer les problèmes qu'ils ne veulent pas... qu'ils ne veulent pas montrer. Je crois que c'est la dignité qui leur reste .

H : D'accord, est-ce que vous pouvez me parler d'une des consultations les plus marquantes avec un patient en grande précarité ? Pas forcément la première, pas forcément la dernière, mais une qui vous a particulièrement marquée ?

N5 : Qui m'aurait marqué... J'avoue que j'ai du mal hein... j'ai du mal à me souvenir d'une consultation qui m'ait profondément marquée non... je vais pas parler de Madagascar parce que Madagascar, en effet là on tombe dans la misère humaine hein... et en effet j'ai fait des consultations là-bas, à Madagascar, avec des gens... faut savoir qu'à Madagascar c'est le pays le plus pauvre du monde, on pourrait pas l'imaginer... c'est le pays le plus pauvre du monde, et les gens que nous soignons nous, sur la côte est, ont encore la possibilité d'avoir... d'avoir la pêche pour pouvoir s'en sortir un petit peu, et on ne meurt pas de famine... sauf là, il y a eu un épisode de sécheresse dans le sud : il a pas plu pendant 3 ans à Mada, il y a eu un épisode de famine dans le sud, mais on ne meurt pas de famine à Madagascar, on meurt de malnutrition tout simplement... voilà, et c'est vrai que... alors là je pourrais dire que j'ai fait une consultation d'un enfant qui devait avoir 9 ans et qui devait peser... je pense qu'il faisait 10 ou 11 kilos quoi... c'était... c'était assez dramatique... ouais, c'était assez dramatique cette situation là... je sais pas d'ailleurs ce qu'il est devenu ce pauvre gosse... voilà, ça c'est les consultations qui marquent bien. Sinon en France, non j'ai des familles qui sont des familles pauvres, mais comme je vous ai dit ils ont cette dignité, donc la consultation finalement se passe bien. Bon on recherche s'il y a pas de lésion, s'il y a pas de... comment dire, j'ai un examen clinique plus attentif parce que ces gens-là, même s'ils ont l'accès aux soins, c'est le côté bien maintenant des... par exemple la complémentaire santé solidarité ou ce qu'on appelait la CMU, enfin ça change de nom tous les 5 ans, mais c'est exactement la même chose, ça permet aux gens de se soigner, mais je pense qu'ils ont aussi cette retenue de ne pas aller chez le médecin quand même, malgré cette gratuité des soins. Alors est-ce que c'est une forme de pudeur je sais pas... je sais pas, ou alors peut être un manque d'éducation, c'est à dire qu'on ne leur apprend pas, on leur dit pas qu'il faut qu'ils se soignent, peut-être qu'ils n'ont pas non plus accès à cette information, je pense que c'est multifactoriel, mais j'ai pas... non, j'ai pas d'exemple, je suis désolé... j'ai pas d'exemple, sauf ce petit gamin que j'ai vu à Madagascar, mais ça il y en a tellement d'autres...

H : Malheureusement... C'est quoi la grande précarité pour vous ?

N5 : La grande précarité... c'est des gens qui ne mangent pas à leur faim tous les jours, des gens qui ont du mal à se loger, ou qui logent dans des conditions misérables... c'est aussi des gens qui n'arrivent pas à sortir de ce cercle vicieux, c'est « j'ai le droit à des aides, mais je suis peut-être un petit peu trop fier pour les demander », j'ai l'impression que ces gens-là se replient sur eux-mêmes, parce qu'ils ont leur fierté aussi. Pour moi c'est ça la grande précarité c'est... c'est vraiment cet isolement. Je pense que c'est l'isolement qui est le plus important. Ils s'isolent donc ils n'ont plus accès à tout ce qu'ils pourraient... tout ce dont ils pourraient bénéficier. Et ils passent à côté de choses qui pourraient les aider dans la vie... c'était peut-être aussi à nous à leur dire... d'avoir un rôle social, autre qu'un rôle

médical hein, de soigner bien évidemment c'est bien de soigner mais il faut aussi les accompagner dans leur vie et je pense que le rôle social c'est leur dire... éventuellement les diriger vers des assistantes sociales, vers des structures qui pourraient les aider, ça doit faire partie de notre métier ça... enfin moi j'ai toujours essayé, j'ai essayé, j'ai essayé tant que faire se peut hein, bien évidemment... j'ai essayé de les orienter, de les aider ouais... et de leur faire bénéficier de choses... je pense qu'ils pensaient pas voilà. Voilà ça peut être ça... Pour moi la grande précarité c'est de la... c'est une pudeur aussi.

H : Est-ce que vous pouvez m'en dire plus sur cette pudeur ?

N5 : La pudeur ? alors on va rentrer dans un débat philosophique là alors. Qu'est-ce que c'est que la pudeur ? La pudeur c'est... c'est ne pas montrer ce que l'on est réellement, c'est ne pas oser montrer ce que l'on est réellement... pour moi c'est avoir peut-être un petit peu peur du regard des autres, avoir peur du jugement des autres ... et... et à partir du moment où il y a la pudeur c'est qu'on est dans un sentiment de... je vais pas dire d'infériorité mais on est dans un sentiment négatif par rapport aux autres.

H : Un sentiment de honte ?

N5 : Peut-être de honte aussi oui, ça peut être de la honte. Parfois ça peut être de la honte. Par exemple, on est pudique parce qu'on n'aime pas son corps et on ne veut pas se montrer et... on veut pas aller à la piscine pour pas se montrer... on peut avoir peur de ses sentiments donc on va pas les montrer, on va essayer de les cacher. S'il faut pleurer il faut pleurer puis c'est tout... on a le droit de pleurer, ça m'est arrivé hein, ça m'est arrivé à Madagascar, ça m'est arrivé... voilà c'est peut-être ça la pudeur.

H : Vous pensez qu'ils sont pudiques vis-à-vis de leur situation ?

N5 : Je pense qu'ils sont pudiques vis-à-vis de leur situation oui, oui oui bien sûr, bien sûr. On est dans une société de consommation, de paraître, je trouve que la société a évolué comme ça hein... c'est de paraître, dès que vous êtes gamin il faut que vous ayez les dernières chaussures à la mode et il faut vous ayez ça et quand vous êtes pauvre, bah vous avez pas les dernières chaussures à la mode et vous avez pas les derniers vêtements et vous avez pas le dernier iPhone et vous avez pas la tablette et vous n'avez pas la télévision forcément à la maison et je pense que ces... ces enfants-là vivent dans un espèce de... se retranchent un petit peu derrière cette pudeur, enfin c'est ce qu'on appelle la pudeur, ils se retranchent un petit peu de cette vie, parce que justement ils ont aussi leur fierté, mais ils veulent pas montrer qu'ils ne sont pas avantagés comme les autres et après dans le monde adulte c'est pareil, c'est pareil.

H : C'est-à-dire ?

N5 : Bah c'est-à-dire qu'ils ne veulent pas montrer qu'ils n'ont pas d'argent et ne pas montrer qu'ils sont pauvres, ils vont pas le crier sur les toits et ils vont pas... ils vont pas ... certains vont réclamer alors qu'ils en ont... vous savez je m'aperçois même que certains vont réclamer vous savez les Restos du cœur, les choses comme ça, vous avez certains qui y vont mais qui ne sont pas ceux qui en ont le plus besoin, je pense que ceux qui en ont le plus besoin n'y vont pas justement, ouais. Ca c'est un exemple qui m'a été rapporté je l'ai pas vérifié, mais j'ai des gens qui travaillent aux Restos du cœur qui m'ont dit « on voit des gens qui n'en ont pas forcément besoin qui viennent, parce que certainement ils y ont droit, ils n'en ont pas forcément besoin par contre ceux qui en ont vraiment besoin ils n'y vont pas forcément non plus », voilà, c'est comme ça... c'est comme ça que je le ressens.

H : D'accord, est-ce qu'il y a d'autres éléments de la grande précarité qui vous viennent en tête ?

N5 : Pour ?

H : Pour définir cette grande précarité ?

N5 : Bah après... après le côté matériel je veux dire il y a le côté intellectuel : grande précarité c'est aussi ne pas avoir accès à toutes les possibilités intellectuelles qu'on peut avoir, aussi variées et aussi futiles soient-elles. La grande précarité c'est pas forcément pouvoir acheter des livres, bien que maintenant on peut trouver des petites... on peut aller à la bibliothèque ça coûte pas cher, on peut... mais ça peut être la grande précarité, ça peut être aussi le manque d'informations, de possibilités intellectuelles c'est-à-dire... est-ce que ces enfants... c'est plutôt pour les enfants que je parle, bien sûr il y a des adultes qui sont en grande précarité, mais les enfants c'est ceux qui vont souffrir aussi de la grande précarité... est-ce qu'on leur donne tous les moyens de pouvoir sortir de cette situation dans laquelle ils se trouvent, malheureusement contre leur volonté, est-ce qu'on leur donne les moyens ? Il est possible que dans la grande précarité, les parents n'aient pas les possibilités intellectuelles de faire évoluer leurs enfants... ils ont peut-être pas les moyens non plus... on sait pas quelles ont été leurs... jusqu'à... à partir de quand ils sont venus dans cette grande précarité... est-ce que c'est depuis les parents, les grands-parents, est-ce que ils ont eu un accident de la vie qui fait qu'ils ont plongé là... on peut pas le savoir, on peut avoir des gens excessivement intelligents et excessivement... mais qui sont dans une situation où ils n'arrivent pas à s'en sortir, ça peut arriver hein... je pense que eux n'auront pas de mal pour leurs enfants, mais en revanche ceux qui sont dans une grande précarité depuis une ou 2 générations, ça sera plus difficile. Je pense que l'accès à la culture, l'accès à l'information aussi, ça c'est super important pour s'en sortir... S'ils n'ont pas... si les enfants ne l'ont pas, eh bien ils vont déjà partir avec un bagage négatif, une charge sur les épaules qui sera plus importante voilà.

H : Ok, est-ce que vous pouvez me donner des facteurs contribuant ou... des facteurs qui vont entraîner la grande précarité ?

N5 : Déjà il y a le... ne pas pouvoir travailler déjà. Avoir perdu son travail, si on a travaillé, avoir perdu son travail, pour quelque motif que ce soit, que ça soit un licenciement, que ça soit une maladie, que ça soit... je sais pas une chose un petit peu grave, quelqu'un par exemple qui va être amputé d'un bras qui n'a pas été... qui a été ouvrier ou qui travaillait... on va l'amputer d'un bras, on va l'empêcher de travailler... Ben s'il n'a pas le bagage intellectuel pour pouvoir se reconverter dans le secteur tertiaire, eh bien il va rentrer dans la grande précarité, même si on a des aides mais enfin... les aides ne remplaceront pas le salaire qu'il avait auparavant, ça peut être... ça peut être euh ... un choc psychologique, ça peut être aussi un traumatisme psychologique qui va entraîner ça. Je pense que la maladie c'est un grand facteur. Puis après vous avez des circonstances de la vie qui font que bon... quelqu'un va perdre son emploi... sans forcément de maladie hein... et puis... et puis après bah vous avez l'alcool, vous avez plein de choses qui peuvent entraîner aussi cette grande précarité. Je pense pas qu'il y a une volonté des gens de dire « tiens je vais devenir SDF demain, je vais tenter le coup » ou alors c'est juste pour un reportage radio ou télé et puis ils vont faire ça pendant 2 semaines et puis ils vont vite arrêter, quoi. Voilà, donc la grande précarité malheureusement c'est un malheur qui vous arrive et peut être aussi un cycle infernal et... Alors est-ce que tout le monde va tomber dans la grande précarité et jamais s'en sortir ? Je ne sais pas. Il est possible qu'il y en ait certains qui arrivent à s'en sortir, je pense que ça doit être galère quand même.

H : Vous pensez que c'est possible aussi...

N5 : Oui on va toujours dire que c'est possible, l'impossible n'existe pas hein.

H : Vous en avez déjà vus ?

N5 : J'ai déjà vu des gens qui en effet ont trouvé un travail... j'ai un exemple : j'ai une famille avec 2/3 enfants, alors j'ai vu surtout le gamin, lui a mal tourné il est plus souvent en prison qu'au travail. La jeune fille a fait une école de coiffure, elle a réussi à rentrer dans une école de coiffure, elle s'en sort pas trop mal finalement. Et la maman ben n'avait pas d'argent, elle est dans une grande précarité et maintenant elle fait des ménages, elle fait des... elle a trouvé dans une société de... je crois de

nettoyage, elle arrive à travailler je sais pas... une dizaine d'heures ou une quinzaine d'heures par semaine, ça lui permet de vivre un petit peu mieux, voilà. Celle-là oui, j'ai cet exemple là, c'est des gens qui étaient vraiment... en plus elle avait une fille handicapée, donc il fallait qu'elle s'occupe de sa fille handicapée ça posait des gros problèmes, ça c'était des gens mais... qui voulaient pas le montrer... j'ai toujours euh ... ouais c'est cette famille qui est assez marquante finalement, assez marquante... pas d'intoxication, pas d'alcoolisme, pas de choses comme ça simplement... pauvre femme quoi, qui se retrouvait toute seule avec 3 enfants dont un handicapé, un qui est repris de justice chronique, mais bon... elle a retrouvé un petit peu de travail ouais c'est bien, c'est bien pour elle.

H : Donc oui de par sa situation de femme seule, de maman célibataire.

N5 : De maman célibataire, 3 enfants, certainement un mari qui ne contribuait pas du tout, d'ailleurs qui ne contribuait pas du tout à l'éducation des enfants, peut-être qu'il n'en avait pas les moyens, je sais pas je l'ai jamais connu, et puis... et puis voilà mais bon, ça c'est quelqu'un qui s'en sort un petit peu... c'est pas flamboyant mais au moins elle a passé l'échelon de la grande précarité, bon voilà...

H : Elle est passé de la grande précarité à la précarité.

N5 : A la précarité, mais à la précarité vivable, je dirais, vivable. Puis d'abord il faudrait définir : qu'est-ce que c'est que la grande précarité hein, je crois que depuis tout à l'heure on en parle mais qu'est-ce que c'est que la grande précarité ?

H : Ben moi je suis assez d'accord avec votre définition de la grande précarité, ce qui est ressorti dans la biblio et ce qu'on a gardé pour la thèse c'est la grande précarité des personnes qui ne sont pas dans un logement stable en fait hein... donc ça peut être les personnes qui sont au foyer, qui sont hébergées, ou qui sont dans un logement qui n'ont pas la certitude qu'ils vont y rester avec le temps, voilà... pour nous c'est ça qu'on a gardé dans la définition de la grande précarité, mais ça rejoint tout à fait ce que vous ce que vous disiez hein, des situation instables et fragiles.

N5 : Des situations excessivement fragiles oui, c'est ça, c'est ça, je pense que c'est le mot qu'on peut utiliser : c'est la fragilité de leur situation, oui.

H : Ok et d'autres facteurs ?

N5 : Oh il doit y en avoir hein certainement, je les connais pas tous... bon je vous l'ai dit hein déjà ça peut être euh ...

H : La perte d'emploi, la maladie ?

N5 : Ça peut être l'alcoolisme aussi bien sûr, ça rentrera dans la maladie. Ou ça peut être l'alcoolisme, ça c'est un facteur favorisant ça c'est évident... qu'est-ce qui peut y avoir d'autre aussi ? Après vous savez vous avez... bah cet exemple d'une femme qu'on laisse avec 3 enfants donc ça c'est... La maman célibataire ou la femme qui avait ben qui était mariée et qui se faisait taper dessus et puis que le mari a foutu à la porte à un moment donné, parce que c'était lui qui travaillait, puis elle elle était là pour élever les enfants, voilà... et puis elle va se retrouver avec 3 enfants sans franchement savoir vers qui se tourner quoi, c'est important ça aussi de savoir qu'il existe des structures pour les accueillir, pour accueillir les femmes seules, les femmes battues, les femmes avec des enfants... y en a, je les connais pas toutes hein, malheureusement je les connais pas mais... J'ai peut-être le tort de m'être occupé de la grande précarité à Madagascar et moins en France *rire*, j'ai plus de cas là-bas... j'ai pas eu trop trop trop de cas en France, j'en ai hein, bien évidemment, mais je dis pas que j'ai dans ma clientèle, enfin dans ma patientèle, qui soit... énormément de gens qui soient en grande précarité. Une patientèle qui est faite de personnes simples c'est tout... et ça me va très bien, j'ai pas envie d'avoir des gens qui sont friqués, qui sont... nan ça m'intéresse pas.

H : Pourquoi ?

N5 : Pourquoi ? Parce que c'est des gens qui ne sont pas très reconnaissants, ils sont pas très aimables.

H : D'accord.

N5 : J'en ai eu un, j'en ai eu un... donc j'ai eu une famille très riche de Chartres, que j'ai soignée, puis un jour on m'a congédié... c'est la femme de ménage qui m'a téléphoné en me disant « bah vous ne soignerez plus monsieur et Madame », ils n'ont même pas eu la décence de dire « Ben écoutez on a changé de médecin », je sais pas pourquoi d'ailleurs, parce que je pense que je les soignais correctement puisque elle était toujours vivante, mais me faire congédier par la femme de ménage ça... je trouvais que c'était pas d'une élégance extrême. Donc je me contente moi... de mes patients : des patients simples, qui sont reconnaissants du travail qu'on fait pour eux et de l'accueil que je leur réserve, voilà c'est très bien, ça ça me convient parfaitement dans ma vie, c'est ma vie ça.

H : Et bah c'est super *rire* Euh... bon, question rhétorique mais vous pensez que la précarité a une influence sur l'état de santé des patients ?

N5 : Absolument

H : Et comment ?

N5 : Et comment ? Parce que mal nutrition... alors ça veut pas dire... malnutrition ne veut pas dire qu'ils ne mangent pas à leur faim, entendons nous bien, ils mangent à leur faim mais ils mangent n'importe quelle saloperie parce que ça vaut pas cher.

H : D'accord.

N5 : Donc la malnutrition, probablement des règles d'hygiène qui sont euh... moins... comment dire... l'hygiène n'est pas là non plus, pas toujours. Bon je m'en rends compte quand vous examinez des gens qui sont dans une grande précarité... l'hygiène n'est pas celle que l'on pourrait éventuellement attendre, je pense que au prix de l'eau, de l'eau chaude... bon les produits... je dirais que le savon ça vaut pas si cher que ça... c'est quand même pas la chose qui vaut le plus cher, mais l'eau ça coûte de l'argent, donc on va pas forcément prendre une douche tous les jours, on va pas forcément... si on veut se laver les dents ben le dentifrice ça vaut cher, c'est pas donné un dentifrice... il faut changer de brosse à dents souvent, et bah quand on voit la brosse à dents des fois elle sert pendant un an, au lieu d'être changée régulièrement... enfin toutes ces petites choses font que le corps n'a pas les soins qu'il devrait avoir... et à ce moment-là Ben la mauvaise alimentation peut être... on ne chauffe pas l'appartement l'hiver, en tout cas on va pas le chauffer à 18 ou 19, on va laisser le thermostat à 14 ou 15 parce que ça coûte des sous... les vêtements seront pas forcément des vêtements adaptés parce que ça vaut trop cher d'acheter un blouson bien rembourré, plutôt qu'un truc qu'on va trouver à 3€ mais qui sera totalement inefficace, toutes ces conditions-là font que... Ben je pense que la santé risque d'en pâtir, ouais. Je suis absolument persuadé. Et puis après là-dessus bon bah y a... peut-être la cigarette, ce qui est très étonnant parce que au prix du paquet de cigarettes maintenant je pense qu'il vaut mieux... il vaut mieux manger que de... mais bon, chacun est libre de vivre encore comme il le souhaite, l'alcool bien évidemment, voilà je pense que... je pense que c'est ça... oui ça rejailit pour moi.

H : Nutrition, tabac, alcool ?

N5 : Oui, malnutrition, tabac, alcool et puis... l'hygiène, ça ça me paraît important aussi l'hygiène, bon ça veut pas dire que parce qu'on prend pas une douche tous les jours on va attraper toutes les maladies du monde mais... quand même. Y'a l'hygiène des mains, faut se laver les mains, on leur apprend ça aux petits malgaches on dit bah « vous vous lavez les mains avant de manger quoi » je ne suis pas sûr que ça soit fait, alors c'est pas... voilà. Bon, on ne va pas rentrer dans les détails après.

H : Ca vous a déjà dérangé le manque d'hygiène en consultation ?

N5 : *rire* plus depuis que je vais à Madagascar, plus depuis... *rire* Ah bah là... là je crois qu'on a atteint le... parce que là-bas les gens se lavent... se lavent hein, mais ils ont pas le savon, ils se lavent avec de l'eau quoi. Ils se lavent avec de l'eau, ils vont dans le canal des pangalanes, puisqu'on est sur la côte est de Madagascar, le canal des pangalanes... mais ils vont se laver dans l'eau voilà. Nan ça j'ai... c'est pas très agréable, c'est pas très agréable d'avoir un patient qui sent pas bon, qui est avec des vêtements... oui j'en ai, j'en ai, j'en ai dont je suis sûr que... qu'ils sont toujours habillés avec les mêmes vêtements, je les vois toujours avec les mêmes vêtements, tout au long de l'année, même en été ils ont la doudoune quoi, donc la doudoune est imprégnée de la sueur, de la... manque d'hygiène et tout... au bout de quelques années ça sent fort, mais j'y suis habitué, franchement, j'y suis habitué. Disons qu'à Madagascar ça peut être compréhensible, ici ça l'est un petit peu moins quand même, ça l'est un petit peu moins mais bon... je fais avec, je vais pas les mettre dehors, je vais le soigner.

H : Et comment vous vous adaptez devant ces personnes en grande précarité en consultation ? Déjà est-ce que vous vous adaptez... à ces personnes-là ? il y a des soins que vous prodiguez différemment ?

N5 : Non, ils ont le droit à un examen clinique comme les autres, ici y a pas de... je vais pas être le médecin qui va rester derrière son bureau en disant « bah oui vous avez mal à la gorge je vais vous donner ça » quoi, comme on a pu le voir pendant le COVID, et comme on continue à le voir pour certains médecins qui ne bougent pas, et comme on voit ça en télémedecine alors là bon... allez on en parle pas, mais la télémedecine c'est vraiment la médecine la plus archaïque que je puisse connaître. Juste une anecdote, j'ai une patiente qui est venue me voir elle était très fatiguée depuis quelques temps et elle... comme j'étais absent elle a fait une télémedecine, bon on lui a filé des vitamines... bah non, elle était en ACFA, c'est tout, elle était en ACFA, tout simplement, elle pouvait être fatiguée. Donc la télémedecine c'est de la médecine de merde, inventée par un gouvernement parce qu'il n'y a pas suffisamment de médecins, donc on va faire de la télémedecine voilà ça permettra de... voilà, donc je vais fermer la parenthèse sur la télémedecine ça... c'est comme à Madagascar, ils n'examinent pas les patients les médecins malgaches.

H : Ah bon ?

N5 : Il dit « j'ai mal à la tête » bah « j'ai mal à la tête ». Euh... ouais ils n'examinent pas les patients, j'ai vu un cas on avait vu un... j'étais avec un confrère là, et on avait un médecin de l'hôpital, qui est de Brickaville qui se trouve à une quinzaine de kilomètres, on lui avait demandé de venir faire des consults avec nous quoi, c'est toujours bien de savoir un petit peu comment font les malgaches et s'imprégner un petit peu de leur culture médicale, voir un peu comment ils font. Et donc on a un monsieur qui vient et qui dit « Ben euh... je sais pas j'ai très très très mal au niveau du testicule, c'est douloureux, ça me gêne », réponse du médecin malgache : « t'as encore attrapé une ist, je vais te donner... » alors là-bas c'est des piqûres, c'est antibiotiques-anti-inflammatoires- corticoïdes en même temps, donc bon... il y a peut-être des choses à vérifier, à faire attention quand même, ça paraît un peu bizarre. Et on lui a dit « bah non on va l'examiner » et en fait ce pauvre homme il avait simplement une hernie inguino-scrotale, c'est tout, c'est tout. Et il pouvait avoir mal en effet avec cette hernie mais il avait pas du tout d'IST. Donc comme quoi, il faut examiner les gens et voilà, c'est la petite parenthèse médicale. Et donc j'ai complètement oublié ce qu'on disait, si, est ce qu'on examine les gens de la même manière c'est ça ?

H : Est-ce qu'on examine les gens de la même manière, est-ce qu'on se comporte avec eux de la même manière pendant la consultation ?

N5 : Bien sûr, absolument. Je fais mon interrogatoire d'abord, « pourquoi ils viennent » en plus avec le logiciel médical maintenant c'est bien, on a tous les antécédents c'est un petit peu... on peut suivre j'en profite pour regarder leurs traitements, pour regarder si j'ai des résultats biologiques ou s'il y a besoin d'en faire. Et puis... et puis après on passe à la salle d'examen, et puis en salle d'examen bah on ne va

pas prendre la tension sur le manteau ou ausculter avec le manteau, donc ils se déshabillent, puis s'ils ont une lésion cutanée Ben on regarde la lésion cutanée, et puis s'ils ont une lésion autre bah... voilà je fais mon travail de médecin.

H : Est-ce que vous prenez plus de temps avec ses patients qu'avec d'autres patients ou pas nécessairement ?

N5 : Ca dépend de ce qu'ils ont, si c'est vraiment quelque chose de banal et qui ne nécessitera pas forcément des investigations... si je pense que ça a un rapport avec leur précarité, peut-être que ça vaut la peine de temps en temps d'aller regarder un petit peu s'ils ont pas de lésion cutanée, s'il y a pas des choses comme ça, oui oui bien sûr. Ça dépend aussi si... si je suis fatigué, ça dépend de plein de choses hein... mais je fais mon travail quand même, je fais mon travail, ça me paraît important.

H : Bah oui quand même.

N5 : Ne pas dire « vous avez mal à la gorge, je vais vous donner ça », bah non... on va regarder un petit peu et puis on va regarder l'état des dents, c'est important, puis on va regarder si y a pas une lésion... je sais pas moi, si y a pas des ganglions des choses comme ça, enfin je sais pas moi... un examen normal : je fais toujours une prise de tension, je fais toujours une auscultation cardio-pulmonaire, toujours toujours, même s'ils ont un problème dermato hein c'est pas grave, et puis après ben on regarde. Chez ces gens-là il faut quand même être assez attentif aux problèmes dermatologiques oui, c'est une porte d'entrée infectieuse, toujours important.

H : Donc vous les faites déshabiller à chaque fois pour regarder ?

N5 : Je les fais déshabiller oui, je les fais déshabiller, ils retirent leurs vêtements, c'est toujours important.

H : Est-ce que vous avez trouvé que cette étape a été particulièrement difficile pour eux ou pas nécessairement ?

N5 : Non

H : Ça n'a jamais été un problème ?

N5 : Non parce qu'il suffit simplement de l'amener non pas comme une curiosité, mais comme un examen de routine voilà, c'est tout, « je vais vous examiner, vous allez retirer vos vêtements parce que c'est plus simple pour moi, c'est plus facile pour moi, et puis vous allez vous allonger sur la table, ne vous inquiétez pas je vous ai mis un papier neuf » et puis le papier on le change après et puis c'est tout c'est comme ça, non non c'est... non ça se fait tout à fait naturellement.

H : Euh... est-ce que vous avez ressenti des difficultés avec les patients en grande précarité, pour le peu de patients que vous avez vu ici en France ?

N5 : Non.

H : Pas de difficulté au niveau de la langue, la barrière de la langue ou... difficulté niveau prise en charge sociale ?

N5 : Nan, alors des grandes précarités d'étrangers j'en n'ai pas eu.

H : Vous n'en avez pas eu ?

N5 : Non, non non j'en n'ai pas eu... la barrière de la langue euh... non, parce que s'ils parlent pas français ils baragouinent un peu en anglais, donc on arrive à s'en sortir euh... après pour euh... non,

non non j'en ai pas eu non, vraiment, même en cherchant bien j'en n'ai pas eu... ni pour le social, quand ils ont un problème je les adresse aux assistantes sociales je leur dit que ça existe. Après je veux dire je ne vais pas leur tenir la main non plus, je pense que ce sont des adultes... j'estime que ce sont des adultes responsables donc je leur dis « Ben voilà il faut que vous alliez là, là vous allez voir vous avez la sécurité sociale, vous avez des assistantes sociales qui pourront vous aider et tout, faites la démarche quoi »... il faut aussi...

H : Les autonomiser.

N5 : Ben oui bien sûr, on est là pour les aider mais on va... on dit très bien il faut pas faire « à la place de » il faut faire « avec » c'est ce qu'on fait nous aussi à Madagascar, on fait pas « à la place de », si on fait à leur place c'est pas la peine ça va pas faire avancer...

H : Ça sera ponctuel quoi.

N5 : Voilà ça n'apportera rien, ça n'apportera rien... par contre faire « avec », ce sera toujours important, pour montrer qu'ils sont capables de faire, parce que ça veut dire qu'ils seront capables de faire par eux-mêmes après... et puis c'est leur montrer aussi qu'ils sont suffisamment intelligents pour pouvoir faire quelque chose, parce que si on leur dit « bah attendez on va le faire pour vous » non ça sert à rien ça, pas très valorisant, si j'y arrive pas on m'aide un peu quoi.

H : Ok donc vous les orientez.

N5 : Oui je les oriente oui.

H : Vous n'avez pas de difficulté par rapport à ça ? Niveau orientation c'est assez facile ?

N5 : Oui, oui.

H : Vous avez votre petit réseau d'assistantes sociales ou... ?

N5 : Non j'ai plus de réseau, j'en ai eu à un moment donné, on avait des assistantes sociales et puis je sais pas ça se délite ça aussi, donc je les adresse à la sécurité sociale.

H : D'accord.

N5 : Parce que y a des assistantes sociales qui les prennent en charge.

H : Ok d'accord.

N5 : Donc ça c'est bien.

H : Ok, on a fait pas mal le tour déjà.

N5 : Je ne sais pas *rire*

H : Bon vous n'avez pas rapporté une difficulté particulière, mais si on vous proposait de donner des solutions pour améliorer la prise en charge des patients en grande précarité, qu'est-ce que vous proposeriez ?

N5 : Je ne sais pas ce que je leur proposerai, parce qu'ils ont l'accès aux soins gratuits, bon ça c'est déjà une chose hyper importante. Ce qui manque malheureusement c'est cette information aux soins gratuits, c'est-à-dire : est-ce qu'ils savent qu'ils peuvent aller consulter un médecin gratuitement ? Je pense que oui. Est-ce qu'ils y vont ? Je pense que non. On les voit pas si souvent que ça.

H : Et vous pensez que c'est dû à quoi ?

N5 : Est-ce que je parlerai de la pudeur là encore ?

H : On peut.

N5 : On peut en parler ouais, ouais cette espèce de pudeur oui, c'est ça, je veux pas montrer que je suis dans cette situation là, ça peut être ça. Non j'ai pas de solution. Enfin il m'en viens pas là... ça ne me vient pas à l'esprit.

H : *silence*

N5 : Ce qu'on pourrait faire c'est... je pense que ce qui serait bien c'est de développer un réseau de personnes qui les visite plus souvent, qui les visite et qui leur propose des... la possibilité justement d'avoir ces aides sur lesquelles ils peuvent compter... je sais pas, je sais pas comment on pourrait faire. Je pense que ça doit être quand même recensé les gens qui sont en grande précarité au niveau des municipalités, on doit les connaître.

H : Et aller vers eux pour euh... ?

N5 : Bah aller vers eux, faire déjà le premier pas, aller vers eux, en disant « bah voilà vous voulez... » alors pas « bénéficier » parce que bénéficier c'est encore euh... voilà, « on peut vous aider, on peut vous aider dans ça ça ça ça ça » après encore une fois c'est chacun est libre de son corps et de ce qu'il veut faire de sa vie, on va pas non plus les assister tout le temps, mais leur donner les moyens de pouvoir faire quelque chose, de pouvoir s'en sortir un petit peu, savoir que ça existe quoi, qu'il y a des structures qui sont là pour les aider. Je pense que en règle générale ça se passe pas mal, les gens savent qu'il y a le Secours Catholique, ils savent qu'il y a des associations comme ça qui sont prêts à les aider, les Restos du cœur c'est rentré dans la norme maintenant, mais y en a qui n'y vont pas et peut-être se poser la question « pourquoi » ? Pourquoi ? Parce qu'on veut pas être dans la file d'attente et puis on ne veut pas montrer qu'on en a besoin... ? Ca peut être ça aussi hein, ça peut être ça, pudeur encore une fois. On va y revenir, grande précarité égale pudeur. *rire*

H : C'était pas encore ressorti dans les entretiens donc...

N5 : C'est vrai ? Qu'est-ce qu'il est ressorti dans les entretiens ?

H : Il en est ressorti des choses hein... je vous laisserai le plaisir de lire ma thèse.

N5 : J'aimerais bien, j'aimerais bien.

H : Avec plaisir, je vous enverrai un exemplaire.

N5 : Bah oui, avec une dédicace j'espère.

H : Bien sûr *rire* est-ce que vous aviez autre chose à ajouter ?

N5 : Pas du tout.

H : Est-ce que vous pensez qu'on a fait le tour ?

N5 : Oh je pense qu'on a dit des choses, oui je pense que je vais parler, je peux parler beaucoup, je peux me taire aussi hein, je sais écouter aussi, heureusement... heureusement je sais me taire. Euh... oui, oui, la grande précarité en France... alors si je devais dire une chose c'est que la grande précarité en France existe, mais celle que je vois à Madagascar n'a aucune mesure. Quand on n'y est pas allé on ne peut pas savoir. Quand vous avez des enfants qui sont des petits enfants, qui naissent dans la rue,

qui vivent dans la rue, qui meurent dans la rue, ça c'est de la grande précarité. Et ça on la voit à Tana, vous voyez des enfants qui n'ont pas de parents, qui meurent sur une couverture avec les gens qui passent à côté. La dernière mission que j'ai faite j'avais amené des infirmières qui ne connaissaient pas... qui ne connaissaient pas Madagascar et tout, et on est allés se promener le dernier jour dans Tana, je voulais leur montrer la gare de Tana qui est une ancienne construction de style français qui est assez sympa, et vous devez marcher sur un boulevard... alors il y a énormément de monde et il y a des arcades donc vous voyez un petit côté un petit peu modifié et là... on voit des enfants quoi, qui sont quasi mourants et tout... et les infirmières qui avaient leur appareil photo... *pleure* désolé... l'ont rangé... elles pouvaient plus voir ça... ça c'est de la grande précarité. C'est des choses qui me touchent beaucoup, beaucoup, beaucoup. Sambala, vous avez vu, vous avez vu j'ai créé une association là, il y a longtemps, qui s'appelle Sambala. Sambala c'est le nom d'un village de lépreux où j'ai fait l'une de mes premières missions, donc c'était très difficile d'accès on mettait une... fallait traverser de nuit une rivière en pirogue et tout... enfin bon c'était le farwest quoi c'était rigolo, et ce village était d'une pauvreté extrême et on pouvait pas consulter très longtemps, on est resté je crois 3 jours. 3 jours dans des conditions couchés par terre, voilà... enfin bon vraiment difficiles et sans lumière parce qu'il y avait pas d'électricité, donc le dernier jour, la dernière consultation, on avait quasiment les femmes qui nous jetaient les bébés dans les bras pour qu'on puisse les examiner, on pouvait pas, il faisait nuit, on pouvait plus voir... donc le lendemain : calme, plus personne, et ils nous ont fait une petite fête pour nous remercier, ils nous ont offert des poignées de cacahuètes parce que c'est tout ce qu'ils avaient... *pleure* là vous pleurez... ça c'est quelque chose qui me marquera toute ma vie, toute ma vie... voilà.

H : C'est ça finalement , c'est de ça qu'on aurait dû parler hein... ça aussi ça fait partie de votre expérience et c'est...

N5 : Ouais mais ce n'est pas la grande précarité en France, donc on est loin là, on est loin... mais bon euh... ouais.

H : Mais c'est vrai que c'est difficile...

N5 : On s'endurcit après hein, on s'endurcit.

H : Ce que vous pouvez voir en France ça paraît assez...

N5 : En France vous avez l'accès aux soins, vous avez l'accès aux soins, vous avez des structures pour recueillir... Là-bas quand on veut faire... quand on veut hospitaliser un patient Ben au début on savait pas... partir avec son charbon de bois avec son riz avec sa natte pour manger. Si on lui fait, je vais prendre un exemple basique, une suture, il va payer la paire de gants de chirurgien, il va payer le fil, il va payer les pansements, il va payer les 4 comprimés de Doliprane qu'on va lui donner, ils payent tout... Donc ils y vont pas, forcément ils ont pas les sous pour y aller, donc on donnait de l'argent à la famille en disant « bah voilà votre gamin là, il faut vraiment qu'il soit vu, il faut nettoyer ça ». Le lendemain le gamin il n'avait pas quitté le village, et puis les parents avaient gardé l'argent. Donc maintenant ce qu'on fait c'est qu'on accompagne l'enfant jusqu'à l'hôpital et on paye le chirurgien nous-même, l'association, on paye, voilà comme ça on est sûr que ça sera fait quoi. Euh... ça c'est de la grande précarité ça, vous n'avez même pas les moyens de vous soigner. En France non.

H : On n'y pense pas en fait en France.

N5 : On ne pense pas, on dit « oui il y a une grande précarité en France » : non, vous avez le système de soins gratuits, vous allez à l'hôpital vous êtes soigné gratuitement, vous avez pas d'argent on va pas vous prendre l'argent.

H : C'est une chance, c'est devenu automatique donc c'est vrai que quand on n'a pas pris le recul, quand on n'a pas vu ce qui se passait ailleurs, on s'en rend pas compte...

N5 : Vous allez à la pharmacie vous présentez votre carte vitale, vous ressortez vous avez rien payé... alors en effet la sécu va vous prendre 0,50€ par boîte ou 1€ par boîte, ce que vous voulez, et encore... si vous êtes... je sais même pas, si vous êtes en complémentaire santé, si ils prennent l'argent... je sais pas je m'avance. Mais là-bas non, là-bas nous on leur fait payer la consultation. Au début je ne faisais pas payer les consultations, je voulais pas qu'on fasse payer la consultation, et puis j'ai travaillé, j'ai rencontré par hasard à Madagascar un psychologue malgache qui était prof à la fac de Toulouse, et qui m'a dit « mais si tu fais pas payer, leur corps ne vaut rien, ça veut dire que leur corps ça vaut rien », et là vous vous dites « bah si il vaut », « bah non il vaut rien », tu fais des soins comme ça, ça vaut rien, donc maintenant on fait payer 0,20€. Pour 0,20€ ils ont la consultation médicale, ils ont les médicaments gratuits, ils ont les soins par les infirmières gratuits, quand ils reviennent pour les soins tous les jours, ils ne payent plus rien, s'ils reviennent pour la même pathologie, par exemple je sais pas... je peux dire n'importe quoi... par exemple il est venu pour une crise d'asthme et puis de nouveau ça va pas mieux, au bout de quelques jours il ne paye pas. C'est donc ça coûte 1000 ariary, 1€ ça fait 4000 ariary à peu près, 4000 ou 5000, donc vous voyez ça fait 20 centimes. S'ils viennent à 2 c'est-à-dire qu'ils viennent... il amène un enfant, ça va être 2000 ariary, s'ils viennent à 3 ça va être 2000 ariary, s'ils viennent à 15 ça va être 2000 ariary, c'est à dire qu'au-delà de 2 on ne fait plus payer. Alors vous allez me dire « oui mais le 3e son corps il a une valeur », oui mais ça fait rien, il a payé un petit peu, la maman a payé, le père a payé pour les gamins, c'est bon, c'est important ça aussi... la notion du corps a une certaine valeur, même symbolique, pourtant j'étais opposé hein... « Non on fait pas payer les gens, on vient pas ici pour faire payer les gens ». Voilà, et on n'est pas les seuls à faire ça hein, il y a une autre association qui s'appelle ***** qui fait payer aussi, on s'est aperçu que finalement il faisaient payer aussi, ouais. Mais nous on demande moins cher, et on est mieux, parce que... c'est mieux chez nous. Ben je vous l'ai dit peut-être au début, que notre dispensaire avaient été reconnu dans les 10 meilleurs dispensaires privés de Madagascar l'année dernière on a eu... et le ministère de la santé malgache nous a offert un magnifique réfrigérateur dans lequel on conserve les vaccins puisqu'on a... on participe maintenant, au début on était un dispensaire comme ça en soin, et puis en plus comme on s'investit beaucoup, ce dispensaire a été reconnu par l'état malgache pour pouvoir faire les mêmes soins qu'un dispensaire public, c'est à dire qu'on fait les campagnes de vaccination, on fait des suivis de grossesse, on fait le planning familial, et les femmes maintenant viennent accoucher au dispensaire.

H : D'accord.

N5 : Avant elles accouchaient dans leur case quoi, donc c'était pas forcément génial.

H : C'est une belle avancée.

N5 : C'est une belle avancée, et donc on est dans les 10 meilleurs dispensaires privés de Madagascar maintenant. Ce qui est... en dix ans, ce qui est quand même pas mal.

H : Dix ans ?

N5 : Le dispensaire a été commencé de construire en 2013. Voilà, donc en 2023 on était on était classé dans le top ten.

H : Bravo.

N5 : *sourire*, bon ce n'est pas que moi, c'est pas tout seul non plus, il y a Nicolas aussi, qui contribue largement et puis d'autres médecins, Romain *****, j'ai des médecins de Dordogne, on a même eu un belge qui est venu de Bruxelles, il est venu qu'une fois d'ailleurs, un type... bref, pas du tout en harmonie avec nous.

H : Et cette expérience dans l'humanitaire, vous trouvez qu'elle a changé votre vision par rapport aux patients en grande précarité que vous voyez ici, le peu de patients que vous voyez ici ?

N5 : Je ne sais pas si ça l'a changé, en tout cas ça a changé ma façon de vivre oui, profondément... profondément... j'étais déjà tourné... quand on veut faire de l'humanitaire comme ça, c'est qu'on a forcément une fibre...

« OFF » à la demande de l'interviewé

H : bah merci beaucoup

N5 : bah de rien

H : Est-ce que vous aviez autre chose à ajouter ?

N5 : Rien du tout

H : Euh... j'espère avoir la thèse c'est tout

N5 : Pas de souci

N6

Distanciel : entretien téléphonique

29 minutes

H : Allô ?

N6 : Allô ? Oui bonjour.

H : Oui, bonjour madame M*****, alors Hadda...

N6 : Enchantée.

H : Enchantée, merci beaucoup encore une fois d'avoir accepté de participer.

N6 : Oui, je suis en train de... de voir le... j'aime pas trop j'évite parce que défaut de temps et puis voilà...

H : Bien sûr je comprends.

N6 : Euh... je suis en train de voir un peu le document, expliquez-moi directement comme ça... je suis en train de lire en même temps...

H : Oui je vais vous expliquer, c'est pas si important hein... donc je vais vous expliquer en gros, c'est une thèse qui porte sur les représentations des médecins généralistes sur la prise en charge des patients en grande précarité... voilà. Donc en gros, je vais vous poser des questions... vraiment répondez moi naturellement, il y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, c'est vraiment selon votre expérience à vous et vos représentations à vous. Donc je vous rappelle quand même que l'entretien est enregistré, c'est anonyme, et puis une fois la retranscription faite tout sera détruit... voilà. Il y aura que la retranscription écrite. Donc moi je me présente quand même : je m'appelle Hadda et je suis donc maintenant médecin remplaçant, depuis novembre, donc médecin généraliste remplaçant... je remplace dans le 28, enfin à Chartres et aux alentours... voilà.

N6 : D'accord, d'accord... enchantée...

H : Enchantée, donc je vous laisse vous présenter déjà : âge, expérience professionnelle, compétences, formations...

N6 : Ok alors je suis Docteur M*****, j'ai 45 ans, en libéral depuis peu en fait... depuis 2 ans. Initialement j'étais en gériatrie à l'hôpital de Dreux, depuis 2015 jusqu'à 2021. J'ai une capacité de gériatrie, et puis j'ai exercé en tant que médecin coordinateur dans le privé puis j'ai basculé complètement en activité libérale en ville.

H : D'accord ok donc ça fait 2 ans que vous êtes installée en ville en tant que médecin généraliste.

N6 : C'est ça, voilà oui.

H : D'accord est-ce que vous avez des... donc vous avez une capacité de gériatrie c'est ça ?

N6 : Oui.

H : Est-ce que vous avez fait d'autres DU complémentaires ?

N6 : Euh... oui d'autres DU... DU « prise en charge de la douleur », DU de « maladies cardio vasculaires de la personne âgée », « plaies et cicatrisation », « pathologie maternelle et grossesse »...voilà.

H : Est-ce que vous parlez une langue étrangère ?

N6 : Euh... plutôt un peu l'arabe et le kabyle... le berbère voilà... un peu d'anglais...

H : D'accord ok... est-ce que vous avez déjà eu une expérience dans l'humanitaire ?

N6 : Non.

H : Est-ce que ça vous intéresserait ?

N6 : Euh... je ne pense pas, parce que défaut de temps, maman de 4 enfants...

H : Ah bravo *rire*

N6 : Voilà donc... *rire* je ne fais pas de longues horaires jusqu'à 20h, voilà...

H : Mais vous avez 2 boulots à temps plein.

N6 : Voilà, donc c'est pas évident, je me vois pas faire autre chose que... voilà, c'est déjà un peu difficile de trouver le juste milieu, voilà...

H : Bien sûr, bien sûr.

H : Et... à combien vous estimeriez votre proportion de patientèle en grande précarité ? Alors vous êtes pas obligée de répondre à la question hein... des fois c'est un peu difficile à estimer...

N6 : Un peu moins d'un tiers je dirais.

H : Ah quand même.

N6 : Non pas un tiers, plutôt euh... le quart, le quart, un peu moins...

H : Ah oui c'est quand même pas mal hein.

N6 : Oui... après précarité euh... enfin peut-être un peu en excès après... ça dépend en fait du degré... voilà donc euh... peut-être un peu c'est excessif allez... allez peut-être je dirais plutôt 30%.

H : D'accord vous parlez de « degré », c'est des degrés de la précarité c'est ça ?

N6 : Voilà après ça dépend je... voilà, après c'est difficile en fait déjà de... ça met du temps en fait... le temps de connaître le patient et de découvrir petit à petit un peu la situation... ça dépend : y a ceux qui sont un peu... très discrets, et puis on finit par découvrir au fil du temps.

H : Bien sûr, et est-ce que vous pouvez m'expliquer ces degrés de précarité justement que vous rencontrez parmi votre patientèle ?

N6 : Alors il y a ceux qui tout simplement enfin... je dirais... alors, sur le plan... ceux qui sont par exemple, qui sont dans les foyers, ou carrément défaut d'hygiène très important par exemple, et que soit c'est des troubles un peu... je dirais psychiatriques, mais en même temps il y a un défaut en fait... au niveau des revenus des fois... parfois c'est des familles monoparentales et des difficultés euh... voilà c'est très souvent en fait des mamans en précarité euh... voilà, donc ça dépend.

H : D'accord donc différents types de précarité en fait ? Et en termes de « degré », vous différenciez la grande précarité et la précarité ? Ou pour vous c'est pareil ?

N6 : Il y a une différence après... entre quelqu'un qui est en... Il y a une différence en fait... entre quelqu'un qui a du mal à trouver son repas... et voilà, avec des difficultés pour subvenir ne serait-ce que... des choses élémentaires dans la vie, et d'autres plus ou moins... et qu'il y a des aides euh... ça dépend, ça dépend.

H : D'accord donc ça, vous les mettriez dans la grande précarité ? Le fait de pas pouvoir subvenir aux besoins primaires quoi ?

N6 : Voilà. Parfois il y a ceux qui peuvent éventuellement consulter, mais ne peuvent pas se permettre euh... même s'il y a des prises en charge, par exemple la C2S, mais qui ne peuvent pas se permettre des soins dentaires ou... ils comptent vraiment euh... voilà, c'est un peu particulier dans ces cas-là oui, c'est voilà... c'est au millimètre près, il faut pas donc... voilà.

H : D'accord ok... est-ce que vous pouvez me parler d'une des consultations les plus marquantes que vous avez eues avec un patient en grande précarité ?

N6 : Euh... alors je dirais, le premier qui passe comme ça c'est une personne en fait... 70 ans, qui vit dans un foyer isolé avec un problème d'alcool en plus, et qui a du mal en fait à les suivre enfin... à être accompagné au niveau du foyer par des assistantes sociales pour les consultations.

H : D'accord...

N6 : Voilà, un grand défaut d'hygiène en plus et euh... avec des difficultés en fait pour assurer en fait euh... le suivi.

H : D'accord ok, et en quoi ça vous a marqué particulièrement ?

N6 : Le suivi il est un peu difficile pour... je dirais peut-être il y a des petits troubles qui peuvent en plus de ça euh... compromettre un peu le suivi et... et du coup sur les prises des médicaments, sur l'alimentation et tout ça donc...

H : D'accord ok, donc il y avait pas mal de facteurs qui rentraient en ligne de compte...

N6 : Oui.

H : D'accord... et c'est quoi pour vous la grande précarité ?

N6 : La grande précarité... ce que je viens de décrire hein, c'est des difficultés sur le plan social, sur le plan financier pour... des difficultés pour assurer en fait ne serait-ce que les besoins élémentaires dans les soins, le soin déjà hein... le soin c'est difficile, et parfois comme je vous ai dit ils peuvent pas se permettre... ni de consulter le chirurgien-dentiste et du coup derrière il y a de grands déficits, difficultés au niveau dentaire... euh... sur l'alimentation : j'ai des situations par exemple où les repas c'est un peu compliqué... c'est un peu... voilà. Et derrière, sur les médicaments... tout ce qui n'est pas remboursable, voilà... c'est pas évident.

H : Oui.

N6 : Enfin c'est... voilà à peu près.

H : D'accord ok, donc moi je suis assez... je rejoins un petit peu votre définition hein... de la grande précarité euh... nous ce qu'on a fait ressortir après étude de la bibliographie, c'est effectivement les personnes, comme vous l'avez bien décrit, qui sont sans logement stable en fait... les personnes qui sont au foyer, qui sont SDF, enfin les personnes qui n'ont pas de logement stable, comme vous l'avez bien décrit en début d'entretien... donc c'est ça nous la définition qu'on a retenue. Est-ce que... donc vous m'avez parlé d'archétype, de profil de la grande précarité, la maman... enfin les familles monoparentales, les personnes vivant au foyer... c'est quoi pour vous les facteurs contribuant à cette précarité ?

N6 : Déjà l'instabilité parfois... au niveau professionnel, du jour au lendemain, parfois il y a des gens qui perdent carrément leur travail, du coup leur logement, les divorces pour les femmes par exemple, parfois directement... ça bascule assez rapidement... monoparentale du coup, même s'il y a des aides par-ci par-là et parfois y a des difficultés pour le loyer donc... du coup il y a une composante professionnelle, perte d'emploi, c'est très récurrent... voilà, les séparations pour les familles y a ça aussi... après euh... toute la catégorie malheureusement avec les addictions et tout ça... donc rapidement « hop » ils basculent dans l'autre côté où il y a plus de... de raisonnement, soit par rapport à la famille, perte d'emploi et tout ça à partir d'une addiction...

H : D'accord donc c'est le point de départ, et ensuite isolement et ensuite l'engrenage quoi ?

N6 : Mhm, oui...

H : D'accord, est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui vous viennent en tête ?

N6 : Mmm pas vraiment.

H : Ok... *silence* d'accord. Et la précarité, pour vous, est-ce que ça a une influence sur l'état de santé... et si oui, comment ?

N6 : Sur l'état de santé : oui, ça va influencer dans le sens où... si on prend une situation où déjà point de départ : perte d'emploi ou une instabilité, et que derrière il y a un stress qui... enfin tout stress qui peut être engendré soit par cette addiction, qui derrière, on perd l'emploi ou on perd sa famille, donc un état de stress... et puis ça retentit sur la santé d'une façon ou d'une autre hein.

H : D'accord...

N6 : Je pense que le facteur stress on s'appuie très peu dans la médecine conventionnelle, on passe directement aux médicaments et on passe à traiter et on voit pas le patient dans sa globalité, alors qu'il y a des points tout simplement... on commence par écouter le patient, et à partir de là on peut régler des choses... mais défaut de temps parfois... alors que le point de départ est bien précis, qui peut être réglé, ce qui peut permettre en fait de éviter l'engrenage et l'aggravation...

H : Ouais, donc vous estimez que des consultations un peu plus longues permettraient quand même de repérer ces patients en grande précarité ?

N6 : Oui, c'est clair.

H : Et donc vous, en tant que médecin, vous pensez que vous avez une influence dans l'évolution de cette précarité, que vous pouvez euh... voilà, que vous pouvez apporter votre aide là-dedans quoi ?

N6 : Oui, éventuellement oui, parce qu'en fait déjà sur les situations, on peut par exemple intervenir auprès du CCAS, du DAC 28 et tout ça... donc ça permet un peu d'éviter une aggravation d'une situation... Ou l'écoute, parfois l'écoute du patient tout simplement, ça permet en fait de l'apaiser sur certaines situations et voilà... donc ça peut aider.

H : Mhm, quelles sont les autres difficultés que vous rencontrez auprès de... dans la prise en charge de ces patients en grande précarité ?

N6 : Souvent dans le suivi... le suivi euh... après voilà, quand il y a des pathologies qui sont un peu euh... en lien avec l'alimentation derrière, on parle aux patients d'une alimentation équilibrée mais ça, c'est pas évident, donc parfois c'est dans la mesure du possible, c'est pas évident d'avoir une protéine, c'est pas évident d'avoir des légumes, donc ça joue hein...

H : Ouais... donc vous ressentez quand même un sentiment d'impuissance... malgré les conseils prodigués, vous savez que derrière c'est pas forcément possible à appliquer quoi ?

N6 : C'est ça oui.

H : D'accord, est-ce qu'il y a d'autres difficultés en dehors du temps de consultation et de ce sentiment d'impuissance du médecin... que vous avez rencontré en consultation ?

N6 : C'est souvent ce que je disais par rapport au suivi euh... après quand il y a un travail avec les infirmières dans des situations avec des personnes âgées, il y a quand même un retour des infirmières que... c'est un apport un peu... quand même précieux, parce qu'elles sont vraiment en contact direct avec les patients... et nous on est là sur le moment de consultation, mais on découvre plutôt des choses plus avec les infirmières qui nous informent de telle ou telle situation, et voilà... Tout comme la visite à domicile, c'est différent quand on fait la visite à domicile par rapport au cabinet, ça n'a rien à voir, on découvre aussi des choses.

H : Ben oui, on découvre ouais le milieu de vie, complètement, complètement... et est-ce que vous pouvez m'en dire plus sur la précarité de la personne âgée ?

N6 : Précarité de personnes âgées...

H : Que vous vous avez eu l'occasion de rencontrer...

N6 : Euh... j'ai pas beaucoup de situations après euh... alors là récemment je dois faire une visite à domicile, bientôt je vais la programmer pour voir euh... les lieux directement... en direct. Parce que c'est une situation un peu où il y a... une dame Alzheimer qui se dégrade de plus en plus, et son mari qui est un peu dans l'impasse et apparemment ils ont dû quitter leur logement et prendre un petit enfin... c'est même pas un appartement apparemment... et dans une situation un peu... limite, ils étaient un peu expulsés, il y a un souci comme ça... mais pendant la consultation le monsieur m'a rien dit... donc il a évoqué juste par exemple la difficulté avec son épouse... mais apparemment, en cherchant en fait à aller faire la visite à domicile... petit parenthèses hein je vais pas m'étaler... et c'est là où en fait... que je découvre qu'ils ont quitté leur appartement et que plutôt ils ont été dans... ils ont juste loué une petite pièce et que apparemment leur situation est un peu difficile sur le plan financier très particulièrement. Donc l'idée c'est d'aller voir, et le monsieur la dernière fois est venu pour

demandeur une ordonnance pour des infirmières il m'a pas dit grand-chose... donc là j'ai proposé plutôt une visite à domicile, j'attends d'avoir le bilan et puis je partirai pour voir... et je pense que certainement au vu de sa difficulté, l'idée peut être de voir un peu avec le DAC28 pour aller voir sur place ce qu'ils peuvent faire.

H : D'accord, OK...

N6 : Donc voilà, après j'ai pas trop de situation dans la précarité de personnes âgées sincèrement.

H : OK, donc c'est principalement l'isolement...

N6 : L'isolement oui, l'isolement, l'aggravation un peu euh... souvent des troubles cognitifs... et l'isolement.

H : Et la perte d'autonomie ouais.

N6 : La perte d'autonomie.

H : D'accord... est-ce qu'il y a d'autres influences sur la santé de la précarité, en dehors de ce facteur stress que vous aviez évoqué ?

N6 : Sur le plan psychologique ça va retentir... Quand une personne elle est dans la précarité, c'est frustrant, et ça va encore s'aggraver encore plus parce que psychologiquement c'est un peu particulier du coup... ça va retentir encore plus sur la santé, la dépression, et puis l'addiction derrière... peut-être ils vont sombrer un peu plus dans une addiction, voilà.

H : Et donc les conséquences de l'addiction aussi derrière quoi... qui peuvent elles-mêmes causer des soucis de santé quoi ?

N6 : Ouais.

H : D'accord... est-ce que vous vous adaptez en consultation quand vous êtes face à une personne en situation de grande précarité ?

N6 : Euh... oui bah il faut bien. A titre d'exemple, on va dire un diabète déséquilibré dans le cadre d'une précarité pour un réajustement... limite c'est pas évident parfois donc... faire le point un peu sur l'alimentation, c'est pas évident... mais il faut bien s'adapter dans ces situations c'est sûr.

H : Ouais, et c'est quoi les adaptations que vous mettez en place ?

N6 : Je ne vois pas dans quelle... ça dépend du contexte... là par exemple sur le plan de l'alimentation, si j'ai en face quelqu'un de diabétique par exemple déséquilibré euh... sur le plan alimentaire... après être un peu dans l'écoute, c'est surtout ça... et parfois ça devient des consultations un peu longues, on n'a pas le choix on fait avec et c'est tout, voilà. Parce que ça peut basculer sur d'autres problématiques, et c'est souvent en fait... et du coup ça déborde la demi-heure hein.

H : Mhm bien sûr, donc vous vous adaptez forcément en termes de temps de consultation ?

N6 : Ah oui certainement, ah oui oui.

H : Ok, et quelles seraient les solutions que vous proposeriez pour la prise en charge de ces patients en grande précarité ?

N6 : Solution... *rire*

H : Solution ou... qu'est-ce que vous aimeriez en tout cas, qui soit mis en place pour vous ? Pour vous aider au quotidien dans la prise en charge de ces patients au cabinet ?

N6 : Souvent quand il y a... Enfin l'idée c'est d'avoir comme ça un réseau euh... qui permet en fait de les contacter, qui peuvent prendre comme ça contact avec ces personnes pour faire le point assez rapidement.

H : D'accord.

N6 : A titre d'exemple, il y avait le DAC 28, je l'ai sollicité... je ne le fais pas trop hein sincèrement, après ça dépend, ça dépend des situations.

H : C'est une prise en charge sociale ?

N6 : Y a une infirmière qui part en fait, et il y a une prise en charge sociale oui, ils peuvent être aidés pour les démarches, pour mettre en place les aides à domicile par exemple...

H : D'accord.

N6 : Euh... voilà, et d'avoir un interlocuteur quand le dialogue est difficile avec les personnes.

H : Difficile...

N6 : Difficile, dans le sens où ils ont du mal à se prendre en charge, à avancer dans tel ou tel dossier par exemple, donc c'est sur le plan social avec une assistante sociale dans ces situations.

H : Ok pour aider aussi sur le plan administratif...

N6 : Administratif oui.

H : D'accord. Des consultations plus longues éventuellement ? ou valorisées en termes de rémunération peut être...

N6 : Oh oui ! *rire*

H : REst-ce que vous voyez d'autres choses en termes d'amélioration possible ?

N6 : Euh pas spécialement... voilà c'est les cas de figure où... sur la... oui la rémunération : une valorisation un peu de ces consultations... Et surtout, sur les prises en charge multidisciplinaires, qui viennent fluidifier, et surtout sur le plan administratif... souvent y a des lenteurs sur le plan social, même sur le plan administratif.

H : Ouais, ouais complètement...

N6 : Parce qu'on arrive à faire des choses sur le plan médical pluridisciplinaire, mais parfois sur le plan social les choses n'avancent pas très bien, c'est lent.

H : Oui... et donc c'est vrai qu'avoir quand même une aide à côté... parce que finalement on n'est pas trop formé à ça nous, en tant que médecin... la prise en charge sociale.

N6 : Oui, c'est ça oui.

H : Donc c'est vrai qu'avoir un support à côté c'est... c'est aidant.

N6 : Oui, c'est la difficulté que j'ai retrouvée plus en libéral, parce qu'en hospitalier en gériatrie y a une assistante sociale : dès qu'il y a un souci, c'est l'assistante sociale qui va s'en occuper, et là je sens un peu euh... limite une difficulté dans ce contexte-là... parce qu'on n'a pas de visibilité et j'ai pas de retour assez rapide sur la prise en charge sociale ou sur le plan administratif... après parfois y a des enfants qui peuvent éventuellement prendre le relais, mais parfois ce sont des personnes qui sont complètement seules... en solitude, et du coup ils sont en difficulté sur ce plan-là

H : Oui, oui... Quels sont les profils que vous avez de grande précarité en consultation ? Typiquement vous m'aviez parlé des familles monoparentales, donc peut-être les mamans célibataires... est-ce que vous avez d'autres profils de patients en grande précarité ?

N6 : Euh... ceux qui sont au foyer par exemple avec parfois des problèmes d'addiction en plus...

H : Oui... d'accord.

N6 : Les personnes âgées seules... enfin, perte d'autonomie avec difficulté de prise en charge sur le plan social. Après y a pas que social, parce que même si ils sont chez eux, entre guillemets c'est pas une grande précarité, entre guillemets, mais il y a une difficulté pour subvenir à ses besoins... plus des difficultés sociales et ça, malheureusement, ça va se dégrader au fur et à mesure.

H : Ouais.

N6 : Il reste combien de temps du coup-là ?

H : Bah c'est vraiment selon... vous hein... enfin si vous êtes prise par le temps on peut s'arrêter quand vous voulez hein.

N6 : Oui, parce que là je pense je peux pas faire plus que...

H : D'accord, bah c'est super... en plus on a abordé toutes les questions donc moi, j'ai tout ce qu'il faut.

N6 : Ok, d'accord ben... c'est tant mieux.

H : Eh ben je vous remercie beaucoup encore une fois. Est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter, est-ce que vous aviez des questions ?

N6 : Euh... non rien de particulier.

H : Ok et ben parfait. Vous avez bien reçu mon mail avec le questionnaire de... ?

N6 : Oui.

H : OK eh ben je veux bien que vous me le renvoyiez... enfin aucune urgence, juste le consentement signé. Et puis bah... encore une fois merci beaucoup docteur M*****.

N6 : Je vous en prie, merci bon courage.

H : Je vous souhaite une belle journée, merci beaucoup au revoir.

N6 : Merci au revoir.

Entretien N7

Distanciel : entretien téléphonique
24min

N7 : Allo ?

H : Oui ? Bonjour.

N7 : Bonjour, je suis disponible pour vous.

H : Comment ?

N7 : Je suis disponible pour vous, c'est bon.

H : Et ben super merci... merci d'avoir accepté, on a réussi à trouver un petit moment enfin. Du coup bah je m'appelle Hadda, j'ai fini mon internat de médecine générale en début... enfin il y a tout juste à peine un mois, donc début du mois, et donc je fais des remplacements maintenant dans le 28... et donc je réalise ma thèse sur la grande précarité : donc les représentations des médecins généralistes au sujet des patients en grande précarité. Donc c'est euh... l'entretien est enregistré...

N7 : Ouais, j'ai lu le papier.

H : Voilà, donc c'est anonyme... voilà, et tout sera... tout sera détruit après. Donc je vous laisse vous présenter : âge, expérience, formation complémentaire éventuelle...

N7 : Ok, et ben je suis Madame... Docteur ***** j'ai 43 ans, je suis installée depuis 12 ans à la maison médicale de Châteaudun, j'ai comme particularité de m'occuper d'un foyer d'immigrés : un CADA qui s'appelle le CO.ATEL, qui est situé à Châteaudun, je suis le médecin référent, tous les nouveaux arrivants sont mes patients et je m'occupe de leur arrivée et de leur prise en charge médicale, voilà.

H : OK, est-ce que vous avez fait des DU quelconques durant votre formation ?

N7 : Aucun.

H : Aucun, OK, est-ce que vous parlez une langue étrangère ?

N7 : Euh l'anglais simplement.

H : OK...

N7 : Je comprends l'allemand mais c'est tout.

H : OK ça marche, est-ce que vous avez déjà eu une expérience dans l'humanitaire ?

N7 : Non.

H : Non... OK, entendu... et du coup si je devais vous... enfin si vous deviez donner une estimation à peu près de votre patientèle en grande précarité ?

N7 : Euh... j'ai 15% de CMU je pense que... ou C2S maintenant on appelle ça, donc je pense que ça correspond à ça, 15% effectivement de ma patientèle.

H : D'accord ok euh... donc pour vous les patients en CMU c'est principalement les patients en précarité ?

N7 : Euh... globalement de ce que je peux en voir : oui. Le plus souvent, pas toujours, c'est vrai... Mais le plus souvent on va dire 80%.

H : D'accord ok... et les 20% restants, comment vous les décrivez ?

N7 : Je pense que c'est plus des accidents de parcours, des gens qui sont en recherche d'un travail mais qui n'en ont pas, qui sont... qui sont plutôt en transition on va dire.

H : D'accord ok... parmi les consultations de patients en grande précarité, est-ce que vous pouvez m'en donner une qui a été la plus marquante... me la raconter ?

N7 : Ce serait certainement une des consultations que je fais pour des certificats pour des demandes de recours, lorsque les demandes d'asile ont été refusées. C'est des consultations longues, qui nécessitent que je fasse une description précise des blessures qui sont sur le corps des patients, la plupart du temps c'est des patients africains. Et les blessures sont difficiles puisqu'elles sont nombreuses, et on imagine la souffrance qu'ils ont pu avoir lors des événements de leur vie... et ça c'est vraiment très difficile, souvent ça amène des larmes ou des choses comme ça chez les patients, puisqu'ils revivent un peu l'événement... et puis c'est un petit peu impersonnel, parce qu'on met les gens tout nus, on les mesure dans tous les sens, c'est pas très très agréable... mais je sais que c'est nécessaire à ce que leur dossier soit bien pris en charge, donc c'est des consultations longues mais nécessaires.

H : Ok et en quoi ça vous a marqué... enfin est-ce que vous pensez à quelqu'un en particulier quand vous pensez à ces consultations ou est-ce que c'est en général... ?

N7 : Bah il y a 3/4 personnes qui m'ont plus marqué que d'autres, notamment... si, il y a un patient qui m'avait marqué : il a des gros problèmes, enfin c'était pas visible mais c'était des gros problèmes respiratoires, il m'avait décrit en anglais d'ailleurs... la consultation c'était pas facile non plus... avoir eu un sac sur la tête et avoir... enfin les gens essayaient de l'étouffer avec de l'eau, et donc il a des gros problèmes respiratoires secondaires à ça et c'est vrai que à chaque... le moment où il m'a raconté ça c'était très dur pour lui, et voilà on se dit qu'on a bien de la chance.

H : C'est sûr, d'accord... c'est quoi pour vous la grande précarité ?

N7 : La grande précarité *rire*, c'est une bonne question, moi je pense forcément plus à mes patients réfugiés je pense qu'il y a... il y en a aussi d'autres mais voilà, j'ai un biais de recrutement dans ma patientèle. Euh... j'ai aussi certaines personnes qui vivent dans leur voiture, donc ça ça fait partie de la grande précarité. Les personnes qui ont à peine de quoi finir leurs mois, et qui sont obligés d'aller réclamer de la nourriture dans les organismes tels que le Secours populaire, des choses comme ça... Voilà, je pense que voilà... il y a 2 types de population dans mes patients : ces 2 types-là.

H : D'accord... est-ce que pour vous il y a une différence grande précarité/précarité ?

N7 : Mmm, je ne l'ai pas... je n'en ai pas trop conscience, mais je pense qu'il y en a une au niveau de... de l'ensemble de la qualité de vie surtout.

H : Oui... où vous placez le curseur à peu près pour faire la différence entre les 2 ?

N7 : Difficile de répondre à cette question, le curseur par rapport à quel type d'échelle on dirait ?

H : Par rapport à la précarité... donc pour vous, est-ce qu'il y a une différence dans votre patientèle entre les patients que vous mettez dans la « grande précarité » et les patients que vous classez « précaires »... ou pas ?

N7 : Je dirais... les gens qui réussissent à boucler les fins de mois seuls et qui ont un toit au-dessus de la tête font partie, peut-être, de la précarité mais... voilà, c'est juste qu'ils y arrivent tout juste. Et ceux qui sont très précaires c'est ceux qui n'y arrivent pas, qui ont vraiment besoin d'aide en dehors.

H : D'accord ok... Ben... je propose qu'on se mette d'accord sur une définition commune : je suis complètement d'accord avec votre vision de la grande précarité, la définition que moi j'ai gardé après étude de la bibliographie, c'est vraiment les patients qui n'ont pas de « chez-soi » stable, en gros... « sans-abri » stable... donc ça peut être les personnes qui sont à la rue, ça peut être les personnes qui sont au foyer voilà... ça regroupe tout ce genre de personnes... voilà, en tout cas donc on se rejoint à peu près sur la définition de la grande précarité. Euh... est-ce que pour vous il y a des archétypes ou des profils-types en dehors du SDF et... ce dont vous aviez parlé tout à l'heure...

N7 : Euh... non pas forcément, je vois chez certains de mes patients des gens qui avaient vraiment une vie bien stable, bien rangée, et juste pour des « accidents de la vie » tout s'écroule. Et non, il n'y a pas de profil type, aucun.

H : C'est quoi pour vous les facteurs qui contribuent à la précarité ?

N7 : Mmm... je dirais l'isolement social, ça c'est un truc important. Le fait d'être étranger dans un pays qui n'est pas connu. Le fait d'avoir un faible niveau d'études, ne permet pas d'accéder à tout type d'emploi. Voilà, ces choses-là pour moi surtout.

H : Ok et tout à l'heure quand vous parliez d' « accident de la vie » qui amène à cette situation de précarité ou de grande précarité, vous pensiez à quoi ?

N7 : Là par exemple : j'ai une patiente qui doit aller manger au resto du cœur, qui en fait a fait une mauvaise chute, une fracture de hanche mal soignée avec une pseudarthrose... et en fait elle ne peut plus rechercher d'emploi, elle demande des aides à droite à gauche mais on sent bien qu'elle ne peut pas, et quand elle travaillait elle était juste limite, limite, mais là elle ne peut plus rien... elle a besoin de demander de l'aide financière à sa mère ce qui n'est pas très très confortable pour elle, mais voilà, par exemple il suffit juste d'une limitation physique, même si elle demande toutes les aides possibles ce n'est pas suffisant.

H : Ouais donc la maladie, les accidents comme ça... OK... est-ce qu'il y a autre chose ?

N7 : Je pense surtout à ça.

H : D'accord...

N7 : Je vois pas trop d'autres choses.

H : D'accord donc euh... éventuellement la perte d'emploi finalement, qui découle de cette maladie ou des accidents qui touchent à la santé...

N7 : Oui surtout.

H : D'accord, quelle est selon vous l'influence de la précarité sur la santé ?

N7 : Les 2 vont ensemble : c'est-à-dire que plus la précarité est importante, plus l'état de santé se dégrade. Puisque on peut pas bien manger, on peut pas aller faire le sport qu'on veut, on peut pas faire tout ce qu'on veut... et donc ça joue aussi beaucoup sur le moral, la dépression, donc plus on est dans la précarité moins la santé est bonne... et c'est un cercle vicieux.

H : Oui tout à fait, et dans vos consultations au... CADA c'est ça ?

N7 : Oui.

H : Est-ce qu'il y a... est-ce que vous rencontrez des difficultés particulières avec cette population en grande précarité ?

N7 : Mmm, la ponctualité *rire*. Il y a pas beaucoup de monde avec de la ponctualité. Mais sinon c'est des gens qui sont très heureux d'avoir un médecin, qui sont très reconnaissants, qui voient que je suis à leur écoute et qui apprécient... donc ils viennent toujours, quasiment toujours, il y a quand même quelques lapins... mais globalement ils sont plutôt reconnaissants d'avoir un médecin et qui nous connaissent tous au foyer CO.ATEL.

H : C'est pas mal d'avoir la reconnaissance de son patient... donc les petites spécificités culturelles liées à la ponctualité effectivement *rire*. Est-ce qu'il y a autre chose ? Que ce soit dans la prise en charge, dans la gestion... je sais pas, administrative... ou tout simplement le fait de les adresser... enfin est-ce que vous avez rencontré des difficultés quelconques ?

N7 : Non, la gestion administrative c'est assez simple puisque ils sont en foyer, donc ils sont gérés par des assistantes sociales et des travailleurs sociaux qui me fournissent tout ce qui est nécessaire, ça y a pas de souci. On travaille par mail la plupart du temps, ils sont tous passés par la PASS avec le docteur C***** ou sur Châteaudun, et aussi en centre de vaccination : on a le Dr C*****, médecin retraité qui gère ça donc c'est... Avant il n'y avait pas, donc avant je gérais tout ça, et maintenant il y a ces 2 systèmes qui sont mis en place donc ça m'a allégé mon travail, donc c'est pas mal... Et puis ici y a quand même un frein, c'est par rapport aux patientes afghanes qui ont beaucoup, beaucoup, beaucoup de mal à se déshabiller, autant les patientes africaines se retrouvent toutes nues très rapidement et c'est très facile à examiner, mais les patientes afghanes sont très compliquées pour ça.

H : D'accord ok...

N7 : Ouais ça je pense que c'est un frein culturel, elles sont pas habituées à se déshabiller et ça limite la prise en charge.

H : Oui, bien sûr, bien sûr... est-ce que vous les voyez au long cours ou vous les voyez une seule fois ? Vous êtes leur médecin traitant finalement, donc vous les suivez ?

N7 : Oui, oui, je les vois plusieurs fois... en fait il y a certaines personnes que je verrai que 2/3 fois et qui partent du foyer et qui quittent la ville et pas plus... et d'autres personnes que je verrai une dizaine de fois parce que leur cas est plus compliqué, ou des maladies chroniques, ou des choses comme ça... et même certaines personnes qui partent sur... plein d'exemples : sur Lyon, sur Paris, sur Orléans... et qui reviennent quand même me voir, qui me disent qu'ils viendront même une fois par an parce qu'ils ont confiance, et qu'ils reviendront quand même...

H : Ça c'est super ça fait plaisir *rire*

N7 : Mmm c'est sûr *rire* mais... c'est dérangeant quand même aussi.

H : Oui... et ben justement avec ces patientes afghanes, comment vous vous adaptez ?

N7 : Souvent on a un conjoint ou une amie qui parle français, et ça permet de communiquer parce que... c'est pas toujours facile. Maintenant on a aussi un système d'interprétariat à distance avec l'URPS, donc j'entre des codes et j'ai accès à ce système... donc ça c'est bien.

H : C'est l'ISM ?

N7 : Euh... c'est quoi ?

H : C'est l'ISM ?

N7 : Euh je ne sais plus, c'est via l'URPS.

H : Ouais, bah je crois que c'est ce que j'utilisais à la PASS aussi avec Nicolas.

N7 : Ouais... bah ça doit être la même chose qu'à la PASS.

H : Ouais c'est vrai que c'est pas mal aidant... d'accord...

N7 : Maintenant ils utilisent aussi les enfants, les adolescents... voilà, y a toujours quelqu'un pour traduire... mais c'est vrai que le fait d'être traduit par une personne extérieure c'est un peu plus compliqué que si on avait un échange direct, il y a forcément une transcription qui est faite qui n'est pas tout à fait ce que le patient ressent, ça ça limite un petit peu l'échange médical.

H : Ouais... et donc vous dites que les enfants font la traduction... c'est des enfants qui ont grandi ici ?

N7 : Oui, souvent au bout d'un an qu'ils sont à l'école, ils sont capables de venir en consultation avec leurs parents et de traduire.

H : Et vous les suivez ces enfants ?

N7 : Oui oui, j'ai toutes les petites familles.

H : C'est génial ça. Et qu'est-ce que vous en pensez de... bah justement de ces enfants qui sont issus de familles en grande précarité, de familles réfugiées ?

N7 : Je pense qu'ils se... qu'ils se... ils voient beaucoup la différence entre ce que leurs... ce que leurs familles au pays vivent, parce qu'ils ont toujours une partie de leur famille, et ce qu'ils rencontrent en France. Je pense qu'eux ne se jugent pas forcément en grande précarité, parce qu'ils voient leur propre famille en Afghanistan ou dans d'autres pays vivent dans des conditions beaucoup plus précaires, mais que... je pense aussi qu'ils doivent ressentir par rapport à leurs collègues de classe que en France, on devrait avoir un niveau de vie plus élevé. Donc je pense qu'ils sont quand même heureux dans leur famille nombreuse, la plupart du temps c'est des familles nombreuses, et ils sont plutôt bien entourés, ils ont pas l'air de souffrir de tout ça.

H : Donc ils s'estiment chanceux... ouais c'est vrai quand on a vécu en Afghanistan ou qu'on a de la famille en Afghanistan c'est pas... c'est pas le même mode de vie, c'est sûr.

N7 : C'est ça, je les ressens pas malheureux, je les ressens pas dans le besoin, parce que la plupart du temps c'est vrai que c'est des familles nombreuses... donc ils ont beaucoup d'aides, donc je pense que c'est suffisant pour être dans la précarité, mais pas dans la trop grande précarité à mon avis.

H : Ok... et vous parlez de cette pudeur, un peu, de la femme afghane en consultation, vous gérez ça comment ?

N7 : *rire*, c'est compliqué. Je fais couche de vêtements par couche de vêtements.

H : Ah d'accord... on y va comme un oignon *rire*.

N7 : *Rire* on y va progressivement, je suis patiente, je les laisse se déshabiller, je leur demande suivant la zone à examiner : souvent c'est une petite zone par une petite zone mais on y arrive... ne pas brusquer.

H : Bien sûr c'est essentiel. Euh... et vous ressentez une différence entre les premières consultations et les consultations d'après ?

N7 : Euh oui, oui oui oui, elles se déshabillent un peu plus rapidement, et elles ont peut-être un peu plus confiance je pense... donc oui, oui oui, au fur et à mesure elles comprennent ce que je veux, et elles comprennent que je ne peux pas examiner sans déshabiller.

H : Mhm, donc l'importance d'établir une relation de confiance en fait... comme avec tout patient d'ailleurs.

N7 : C'est ça ouais.

H : Les consultations elles sont plus longues ?

N7 : Les premières oui, enfin surtout quand il y avait pas la PASS et le centre de vaccination oui, ça durait 3/4 d'heure facilement les premières consultations... Maintenant c'est peut-être une demi-heure/25 min s'il y a pas de problème de santé.

H : D'accord parce qu'elles sont déjà suivies, on s'occupe exclusivement du problème médical quoi ?

N7 : Exactement oui.

H : OK... est-ce qu'il y a d'autres difficultés ?

N7 : Euh... non enfin... moi personnellement je les ai toujours suivis, donc ça ne me semble pas difficile ça semble même plus simple d'aborder les choses... parce qu'en fait ils en viennent vraiment aux choses essentielles pour leur vie, et on va pas sur les à- côté, et y a pas de faux-semblants on va dire... Mais parfois c'est difficile de... ouais la plus grande difficulté c'est vraiment d'en venir au « sujet vrai » de consultation, parce qu'on n'a pas un... on n'a pas un échange direct, et ça je pense que parfois il doit y avoir des « manqués » parce que la personne n'osera peut-être pas dire avec l'autre personne à côté qui traduit tout ce qu'elle voudra dire, il y a peut-être un échange incomplet mais qui permet quand même un suivi médical correct.

H : Ouais donc vous n'arrivez pas à aller au cœur... enfin j'imagine pas avec tous les patients, mais il y a certains patients avec qui vous avez du mal à découvrir la plainte réelle quoi, enfin le motif réel de la consultation ?

N7 : Exactement, il y a des petites subtilités qui nous échappent forcément.

H : Et c'est compliqué, enfin vous pensez que ça les dérange même avec l'interprétariat à distance ?

N7 : Ah non l'interprétariat à distance ça ça ne les dérange absolument pas, parce qu'ils ne connaissent pas la personne donc ça, l'interprétariat à distance, c'est très bien pour ça.

H : Mais c'est quand ils sont accompagnés d'un membre de la famille quoi ?

N7 : Exactement ou leur mari, on voit bien qu'il y a pas un échange parfait et complet avec un mari. Des fois on a l'impression qu'ils se connaissent pas d'ailleurs, qu'ils partagent le même lit... et on a l'impression que c'est la seule chose qu'ils partagent

H : Ouais ouais ouais, je vois... donc finalement l'idéal ce serait de les voir tous seuls à l'aide de l'interprétariat quoi, dans la mesure du possible.

N7 : C'est ça, et puis même par rapport à leurs enfants des fois quand c'est des problèmes d'ordre sexuel ou intime *rire*... voilà, faut éviter.

H : Ca c'est sûr. Euh... alors, si on vous proposait à l'échelle nationale ou peu importe à l'échelle locale de nous donner des solutions... ou des alternatives à la prise en charge des patients en grande précarité, ce serait quoi l'essentiel pour vous ?

N7 : Mmm, je pense que ce qu'il y a en place c'est pas mal, la PASS c'est vraiment essentiel, et puis l'accès gratuit aux examens... je pense que la prise en charge est déjà bien mise en place. Je suis pas sûre que chaque foyer ait un médecin référent, parce que par exemple nous dans notre ville il y a 2 CADA, un CADA avec un immeuble bien bien fixe, c'est-à-dire un nombre de logements fixes : ça c'est le mien, et il y a un 2e CADA qui n'a pas de médecin traitant référent en fait... et là je pense que les patients sont plus en errance, et comme il n'appartiennent pas au sein d'une même structure, les travailleurs sociaux doivent être un petit peu plus perdus en fait... je pense qu'ils sont mieux suivis quand ils sont au sein d'une même structure, et quand il y a un médecin vraiment référent au sein de la structure, je pense que c'est surtout ça qui permet d'améliorer le soin et d'améliorer la prise en charge.

H : Donc ce serait des structures pluriprofessionnelles avec des médecins...

N7 : Ouais des médecins référents, des médecins qui ont l'habitude et pas à droite à gauche... Parce que ça m'arrive très régulièrement avec les travailleurs sociaux d'avoir des échanges par mail pour anticiper la consultation ou pour rediscuter d'un suivi avec un spécialiste, si ça a été fait, pas fait... J'ai une patiente là... dans ce dont je me remémore, une patiente qui avait un frottis pathologique et elle ne parlait absolument pas français, elle n'avait pas compris qu'il fallait... malgré mon insistance, j'avais vraiment contacté beaucoup de personnes pour les rendez-vous, le suivi a été retardé, forcément son cancer s'est développé... et elle a été prise en charge tardivement... pour l'instant ça a l'air de bien se passer, mais voilà... ce petit genre de choses fait que... le suivi par un même médecin fait que j'avais son dossier en attente, et j'ai redemandé, redemandé et redemandé où ça en était... et ça, ça peut pas se faire si c'est pas le même médecin qui suit.

H : Si c'est pas le même médecin bien sûr, donc un médecin référent c'est essentiel.

N7 : Ouais, ou une structure de soin avec je sais pas... une structure de soins avec un dossier bien ficelé quoi.

H : Qui communique surtout.

N7 : Oui c'est ça.

H : Ok... est ce qu'il y avait d'autres choses ?

N7 : Bah non c'est déjà pas mal.

H : Bah de ce que je comprends la prise en charge elle est assez optimale entre guillemets dans le centre où... dans le CADA où vous êtes ?

N7 : Oui, oui ça me semble bien, depuis l'instauration de la PASS et du centre de vaccination, parce qu'avant c'était... je pouvais pas gérer les rappels de vaccins, les choses comme ça c'était... en médecine générale on peut pas tout faire.

H : C'est sûr.

N7 : On peut pas mettre des alertes partout, et si on ne les revoit pas on peut pas aller les reconvoquer pour leur dire il faut faire votre vaccin, ça c'est vraiment le rôle du centre de vaccination de les convoquer et d'organiser les vaccins... Donc ça c'est vrai que j'ai eu une période où il y avait pas de centre de vaccination, et là il y a eu de la perte au niveau vaccin. Et la PASS permet vraiment déjà de, dès leur arrivée, de faire un premier « gros bilan » qui anticipe et qui dépiste... et après moi je prends en charge la suite donc c'est pas mal.

H : Donc dispatcher les tâches, les rôles... enfin je sais pas, mais en tout cas qu'il y ait des missions attribuées à chacun quoi.

N7 : C'est ça.

H : Est-ce qu'il y avait d'autres choses dont vous vouliez parler ?

N7 : Non, ça me semble bien complet toutes vos questions.

H : Oui oui, je pense que j'ai fait le tour... bah moi j'ai pas d'autres questions, je pense qu'on a...

N7 : Si vous avez besoin d'autre chose n'hésitez pas, vous avez mon mail, vous avez mon téléphone.

H : Entendu... et bah merci beaucoup, je crois que vous avez déjà envoyé le... enfin vous m'avez renvoyé le consentement, j'étais en consult mais j'ai cru voir votre mail.

N7 : Oui.

H : Eh ben c'est super c'est tout bon, merci beaucoup.

N7 : Bon courage à vous.

H : Merci bonne soirée.

N7 : Merci au revoir.

H : Au revoir.

Entretien N8

Présentiel : au domicile de l'interviewé **42min**

H : On peut commencer ?

N8 : Ah beh écoute... je t'écoute.

H : Alors... donc ma thèse elle porte sur les représentations des médecins généralistes concernant les patients en grande précarité. L'entretien est enregistré et anonyme, il sera détruit juste après retranscription. Ce n'est pas un interrogatoire, il y a pas de bonne ou de mauvaise réponse...

N8 : Il faut dire « oui » à chaque fois, OK. *rire*

H : *rire* Donc spontané, spontané...

N8 : Bien sûr oui, oui.

H : L'idée c'est vraiment de plonger au cœur de tes représentations. Du coup je te laisse te présenter : âge, expérience professionnelle...

N8 : Alors ***** je suis médecin généraliste, je suis installé depuis octobre 88 : d'abord j'ai fait une création tout seul, et puis depuis 5 ans j'ai fait une maison médicale où nous sommes 2... voire 3 médecins. Euh je fais de la pratique de médecine générale, j'ai aussi un DU d'hypnose que je pratique de temps en temps aussi, qui est un bon apport pour les patients à troubles psychologiques

modérés et donc voilà... J'ai 68 ans maintenant, enfin j'aurai 68 ans... et puis voilà, et je continue ma petite route.

H : Est-ce que t'as fait des DU complémentaires en dehors de l'hypnose ?

N8 : Non.

H : Est-ce que tu parles une langue étrangère ?

N8 : L'italien, oui. L'anglais médical uniquement, l'allemand... vieux souvenir de 2e langue... et puis l'espagnol, c'est tellement proche de l'italien qu'on y arrive... bon après le reste ce sont que des mots...

H : Ok, de l'expérience dans l'humanitaire ?

N8 : J'ai fait 2 semaines à Madagascar en fait, dans un dispensaire de brousse, ça se limite à simplement ça.

H : OK... une belle expérience ?

N8 : Oui, une belle expérience, avec des peuples qui ne nous ressemblent pas hein... c'est-à-dire des peuples qui acceptent leur sort comme il est et qui sont toujours dans la joie, du moins ceux que j'ai pu voir, après ce sentiment de... comment dire de... d'impuissance, parce que il y a une éducation tellement énorme à faire que... les pathologies qu'on a en arrivant, qu'on traite, on les retrouve avant de partir parce que ça rechute après. C'est beaucoup plus haut qu'il faut que ça se passe hein, c'est au niveau des gouvernements et des structures en place mais... Mais sinon c'est toujours attachant, de toute façon l'humain est toujours attachant, quelle que soit sa façon de vivre ou de s'exprimer hein mais... non non, j'ai bien aimé.

H : Ok... est-ce que tu peux me parler d'une des consultations les plus marquantes que t'as eu avec un patient en grande précarité ?

N8 : Alors le... pour moi le principe du « patient en grande précarité » c'est quelqu'un qui n'a pas accès aux soins déjà. C'est quelqu'un qui est dans la rue, c'est quelqu'un qui ne peut pas se permettre d'aller dans un cabinet médical hein, voilà... donc je peux pas dire que j'ai vraiment une expérience de grande précarité... bon à part la mission humanitaire, mais ça c'est un cadre un peu particulier... après il y a des gens qui ont une grande précarité morale hein, plutôt que... plutôt que matérielle... et... bon pour que ça vienne comme ça rapidement, je ne saurai te dire...

H : Est-ce que tu peux nous expliquer qu'est-ce que la « grande précarité morale » ?

N8 : Et bien... c'est quelqu'un qui est un petit peu dans le désespoir... qui a déjà un problème matériel mais qui... les fameux qui sont entre 2 tu sais, qui sont trop entre guillemets « riches » pour avoir des aides, et pas assez pauvres... et donc ces personnes-là, elles sont dans des situations où elles ne savent pas comment s'en sortir. C'est-à-dire que... il y a toujours cette atteinte quand on perd d'un seul coup une situation... on sort de sa zone de confort, on n'est pas habitué à cette situation, et de ce fait, on n'a pas de solution de remplacement parce qu'on n'y a jamais pensé... et à partir de là bah... comme on est tombé, on finit par ne plus trop croire à certaines choses... on finit... une espèce de... d'assurance qu'on avait commencée à s'égrainer, et ces personnes-là finissent par douter de tout, et en premier par eux-mêmes... de toute façon la souffrance morale c'est toujours le fait, déjà, de ne pas avoir d'estime de soi, et dans ces cas-là, ils ont pas de solution... ils ont pas de solution, alors ils s'enferment : soit quand ils travaillent dans des travaux prolongés... ensuite il y a des conflits familiaux, et des séparations en fait... la précarité actuellement, c'est une précarité affective que je trouve surtout, plus que matérielle. La matérielle... malgré tout en France, on a quand même des solutions pour ceux qui

veulent bien les recevoir, mais la précarité affective et l'isolement ça c'est... je crois que c'est les plus grands drames de notre société hein...

H : Donc un manque de ressources internes...

N8 : Voilà, manque de ressources internes parce qu'il n'y a pas... bah qu'est-ce qui nous donne des ressources de nous-mêmes ? C'est l'estime de nous, l'amour de soi-même, que nous donnent les parents, que nous donnent les expériences de vie... et quand ça tu le perds, eh ben... même ceux qui sont croyants finissent par douter ou au contraire se retourner... parce qu'ils ont pas la ressource. Alors on a les ressources chimiques hein, on a toujours des antidépresseurs, on a ces produits-là qui artificiellement les font remonter... mais la précarité c'est ça, et un cas précis là ça ne me revient pas en fait, hein... mais c'est pas du quotidien, mais presque hein...

H : Ok donc principalement un manque de... un manque de ressources affectives, un manque d'adaptabilité à la situation aussi...

N8 : Complètement, complètement...

H : ... qui arrive souvent de façon brutale... ou pas...

N8 : Alors, ça peut être brutal suite à un licenciement, ça peut être des séparations qui sont pas attendues en fait hein, ça peut... ça peut être beaucoup de choses hein, et on est les premiers acteurs... ou spectateurs au départ... et acteurs en fait. Dans ces cas là, le travail qu'on a à faire c'est de les recharger en fait... montrer à contrario ce qu'ils ont réussi à faire, et cetera, et cetera... et à partir du moment où ils ont une écoute... une écoute, et puis ensuite... c'est pas que de l'écoute hein, parce que l'écoute c'est bien, les gens se recadrent un peu quand on les écoute, mais faut aussi leur donner des pistes... enfin des pistes, disons... leur donner du punch hein...

H : Faire du renforcement positif...

N8 : Voilà c'est ça, c'est essentiellement ça, la fameuse « psychothérapie non structurée » que fait le médecin généraliste en fait...

H : OK, est-ce que tu peux me redire ce que c'est que « la grande précarité » pour toi ? Tu m'en as déjà parlé au début...

N8 : Alors il y a la « grande précarité matérielle », qui est celle de la personne qui a perdu son emploi et qui est monoparentale, et qui n'a plus où se loger... ça c'est... voilà, et qui... alors il y a une « précarité intellectuelle » aussi hein... : ceux qui n'ont pas accès au niveau intellectuel à faire des demandes, à faire tout ce qu'il faut pour des choses auxquelles ils ont droit, donc ça c'est vraiment une grande précarité donc bah... ces personnes-là se retrouvent à la rue. Et puis y a la « précarité affective », comme je le disais où... en fin de compte je pense que c'est la pire des manques, le pire des manques, parce que... quand on a une estime en fait hein, une affectivité suffisante, on peut rebondir malgré tout, mais quand on croit plus en soi... ben on n'a plus rien en fait hein... même si éventuellement il y a des gens qui ont quand même un peu de moyens, mais qui perdent pied hein facilement, voilà... je sais pas si je suis sur ton domaine hein mais bon...

H : Si si bien sûr... c'est déjà ressorti dans certains entretiens hein...

N8 : Alors pour revenir, sans t'interrompre, sur ce que je disais tout à l'heure : c'est-à-dire que nous on a une vision de ceux qui arrivent jusqu'au cabinet, tu vois, par exemple hier j'ai discuté avec mon ami C****, qui lui est en retraite, mais va en fait s'occuper des sans-abri au service d'action de la ville de Chartres... là, il a de la grande précarité, là tu pourrais presque l'interroger d'ailleurs...

H : Mais il fait de la médecine générale ?

N8 : Il est retraité.

H : Mais c'est un ancien médecin généraliste ?

N8 : Oui c'est ça.

H : D'accord, ouais pourquoi pas.

N8 : G***** C*****, ouais...

H : OK... donc pour ce qui est de la grande précarité dont tu m'avais parlé au départ, c'est plutôt les personnes qui sont sans-abri, sans domicile fixe, c'est ça que tu caractérisés comme étant dans la « grande précarité » ?

N8 : Tout à fait, et qui n'ont pas de ressources personnelles et qui n'ont pas ou... qui pourraient, mais qui n'ont pas accès à des ressources extérieures... c'est l'isolement en fait, c'est l'isolement...

H : D'accord, donc pour qu'on se mette d'accord... je suis complètement d'accord avec toi concernant cette distinction de la grande précarité, c'est ce qu'on a retrouvé aussi en faisant un petit peu de biblio : c'est vraiment les personnes qui sont sans abri-fixe, sans domicile fixe, donc ça peut être aussi des personnes qui sont au foyer, qui sont hébergées par de la famille, des amis... mais qui n'ont pas de chez-soi fixe.

N8 : Quand ils sont dans la famille c'est un petit peu différent, bon... sauf s'il y a un conflit dans la famille, il y a quand même un nid, il y a un cadre, il y a un refuge.

H : Ça dépend de la situation initiale oui...

N8 : Il y a des gens qu'on a eu au moment du COVID hein... des gens qui étaient séparés, mais qui vivaient sous le même toit parce qu'ils avaient pas de moyen d'aller ailleurs, c'était un peu compliqué...

H : Est-ce que t'as d'autres « archétypes » ? En dehors de la famille monoparentale, de patients en précarité, grande précarité...

N8 : Eh ben la perte d'emploi... tu es en location, tu es célibataire, tu as rompu avec ta famille parce que... pour des raisons X ou Y... d'un seul coup tu es licencié, donc tu peux plus payer ton loyer par rapport à la ressource que tu avais... si tu cherches un autre loyer, il te faut une fiche de paie et t'en n'as plus en fait... alors c'est compliqué hein c'est... je pense que là déjà c'est une culbute... Après tu as aussi les pathologies hein... les addictions, les addictions qui créent aussi une désocialisation... et dès que tu sors du cadre social bah t'es en précarité hein... c'est le trou en fait. C'est à peu près ce que je vois, après il y en a certainement qui m'échappent tout de suite hein...

H : Donc l'isolement, la marginalisation, c'est quelque chose d'important dans ce...

N8 : Ah oui, parce qu'on est loin de nos clochards du début du siècle qui avaient « choisi », et qui étaient philosophes hein, qui avaient choisi une vie sous les ponts parce qu'ils refusaient la société : ça c'était un acte volontaire. Tandis que la précarité, c'est pas un acte volontaire, c'est subi ça. Ils subissent ce qu'il se passe, alors après quand ça dure longtemps ils sont obligés de s'organiser, y a une espèce de routine qui se fait hein quand... c'est comme la douleur, quand elle devient chronique on finit par l'accepter, et on se marginalise encore un peu plus... Et puis bah je pense que... ne pas avoir accès au travail, ça aussi, ça aussi hein... alors c'est pas une « grande précarité », c'est une « précarité », c'est quand tu es dépendant en fin de compte de ressources minimales, c'est pareil tu vas faire des choix dans ce qu'il faut pour te soigner, pour te t'habiller, pour pas mal de choses hein...

Mais je pense que notre société fait face à... enfin pas dans les grandes métropoles hein, mais dans nos villes moyennes, fait face à la grande précarité... a mis en place des outils, maintenant ils sont plus ou moins bien utilisés et plus ou moins bien connus par la population, c'est ça aussi, parce que j'ai une jeune patiente que je connais depuis qu'elle est petite, elle fait des maraudes avec une organisation, et elle rencontre effectivement toujours du travail, il y a toujours des gens... on a pas mal de systèmes publics ou privés qui peuvent faire face... après il y a des gens qui passent au travers...

H : Par manque d'information ou... ?

N8 : Manque d'information oui et puis... alors il y aussi des fois les populations où... barrage de la langue par exemple, la culture aussi qui peut faire que... il y a beaucoup beaucoup de phénomènes. Je pense pas qu'il y ait le « grand précaire » type, tu me disais tout à l'heure hein... mais les situations dramatiques on en voit souvent, souvent... et c'est pas toujours un problème matériel en fait, moi j'ai remarqué... encore une fois, ce qu'ont de gros problèmes matériels ont soit une prise en charge de l'état qui devrait se faire, quand elle se fait pas c'est encore pire hein... soit effectivement c'est un autre registre, c'est un autre domaine...

H : En dehors des facteurs que tu m'as déjà évoqués, est-ce qu'il y a d'autres facteurs qui contribuent à la précarité ?

N8 : Bah j'ai évoqué l'isolement en fin de compte, la perte d'emploi euh... il y a aussi... bah le statut légal hein : quelqu'un qui est par exemple sans papier va pas avoir accès à pas mal de choses hein, du fait même qu'il n'existe pas en fait hein... il y a ça aussi... la langue et la culture, des conflits familiaux aussi...

H : Tu parlais aussi de la maladie, des addictions...

N8 : Voilà oui...

H : Est-ce qu'il y avait autre chose... ?

N8 : Euh là tout de suite non, non non...

H : Est-ce qu'il y a une influence de la précarité sur l'état de santé ?

N8 : Alors forcément, on en parlait tout à l'heure... C'est-à-dire que... bah déjà aller consulter un médecin généraliste si on n'est pas en tiers payant, si on n'a pas la CMU ou autre chose... ça veut dire je vais sortir de l'argent que je n'ai pas tout de suite, et puis que... voilà. En France dès qu'on sort de l'argent il est sorti, même si on nous le rend 48 h après c'est... mais il y a ce phénomène-là. Et puis après y a peut-être des médicaments non remboursés... il y a tout un système qui dit euh... bon ben ça va passer, on passe à côté notamment les soins dentaires, qui sont chez les gens précaires, c'est souvent ça... parce qu'il y a pas une hygiène toujours suivie en fait, et donc y a problèmes de dentition, qui font des infections. On n'a pas accès toujours au vaccin aussi bien sûr, bien sûr... ça c'est une des premières choses hein... même si pour eux c'est pas le plus important, le plus important c'est de trouver un toit, un toit et à manger.

H : C'est pas une priorité...

N8 : Voilà, c'est des choses essentielles après. C'est vrai qu'on a des services d'urgence où ils peuvent toujours être ponctuellement pris en charge, mais c'est ponctuel, c'est tout. Et souvent, je pense qu'ils vont revenir les mêmes...

H : Donc concernant les maladies chroniques c'est un peu plus compliqué...

N8 : Alors oui, mais encore une fois quand la maladie chronique est vraiment reconnue hein, qu'ils ont une affection longue durée, dans ces cas-là c'est plus facile parce que ils ont une prise en charge complète, et puis voilà... ça on en a quelques-uns... Mais c'est quand ce sont des pathologies que... bah eux-mêmes n'ont pas décelé et qui traînent, ils traînent une tuberculose sans s'en rendre compte...

H : Donc possiblement un retard de diagnostic en raison du fait que...

N8 : Ah oui, parce qu'ils consultent pas, parce que ils peuvent pas se le permettre, parce qu'ils se disent que c'est pas grave bon... et puis après s'il y a des addictions par-dessus, que ça soit le tabac, l'alcool ou autre chose... ça complique les choses aussi hein... on a tous l'image du clochard qui boit pour se réchauffer ou pour se remonter le moral et cetera, et qui du coup a des pathologies annexes qui se mettent en place ouais... que faire ?... Bah que faire, encore une fois je pense que c'est au niveau de l'état qu'il faut arriver à créer les structures qui permettent de... ben que personne ne reste sur le bord de la route en fait, tout simplement... mais pour l'instant on cherche de l'argent donc *rire* c'est pas bon signe...

H : Quand vous dites euh... quand tu dis *rire*.

N8 : J'ai pris du galon *rire*.

H : « Ne pas rester sur le bord de la route » c'est vraiment leur trouver un abri, c'est leur mettre en place... ?

N8 : Alors, surtout sur le plan social en fait.

H : D'accord.

N8 : C'est-à-dire, faut pas que ça soit des gens... tu sais quand je prends le périphérique, des fois je vois ces espèces de... des toiles de tente sur le bord du périphérique, et c'est un peu comme le clochard qui demande la pièce et on passe à côté sans le regarder en fait hein... et on se dit « bon bah c'est vrai qu'il fait ça toute la journée » et cetera... et ça, c'est pas admissible, dans le sens où voilà, on ferme les yeux là-dessus et... y aurait des choses à faire, mais bon... Après c'est politique hein, c'est purement ça hein... Mais trouver un abri oui bien sûr... alors après, quand les abris sont précaires aussi, puisque c'est le principe hein, on va pas loger des gens gratuitement non plus... bah quand l'abri est précaire, la prise en charge est précaire aussi. Après il faudrait qu'il y ait une suite derrière, et une vraie prise en charge hein : c'est à dire à la fois des soins qui soient programmés complètement, et puis une fois qu'ils vont mieux, arriver à leur trouver des petits boulots quoi... Ce qui fait que ça les resocialise hein... parce que le fait de se lever le matin, même si on est pris en charge, même si... et de pas avoir vraiment d'objectif... ça aussi c'est pas... On a beau être... on n'est pas dans le social, on n'est pas dans la société pardon. On est en dehors...

H : Donc à quoi bon se soigner ?

N8 : A quoi bon euh... Oui et non en fait... Enfin tant que la maladie ne fait pas mal, effectivement quelqu'un qui est en précarité qu'a un diabète, tant qu'il n'a pas d'artérite ou d'infarctus, c'est vrai qu'il ne sent rien en fait, il y a que nous qui souffrons pour lui en fait... mais ouais... c'est à peu près ce que je vois, je vois pas...

H : D'autres influences sur la santé ?

N8 : Eh ben on a dit les addictions qui suivent le fait d'être désocialisés, le fait de ne pas pouvoir se soigner. Après le fait d'être dans la rue évidemment, en hiver en particulier hein... *silence* non puis se sentir en dehors, soi-même un peu rejeté, parce que quand on a rien et qu'on demande, et que ça fait longtemps qu'on est à la rue c'est vrai que... on attire pas le regard non plus en fait.

H : On se sent dévalorisé...

N8 : Ah bah complètement oui, complètement, donc on retourne sur l'atteinte moral là.

H : Donc ça a un impact sur la santé mentale...

N8 : Oui, oui oui, sur l'estime de soi en fait, l'essentiel c'est ça. L'estime de soi ça permet de rebondir en se disant : « demain ça ira mieux », mais là ils disent pas, je pense hein, je peux pas mettre à leur place, mais ils se disent peut-être, pas « demain ça ira mieux » mais « bon bah... on verra demain », « on verra demain », c'est pas pire, ils ont mis en route une routine, tant qu'il y a pas d'accident bah ça se passe comme ça... Et ce que je disais tout à l'heure, c'est vrai que c'est un peu le souci, c'est : les gens qui sont en grande précarité, si on les aide faut vraiment les aider jusqu'au bout, parce que sinon tu vas les faire aller mieux, mais si tu leur donnes pas derrière quelque chose, c'est-à-dire un travail, quelque chose qui les socialise, mais je dirais même « humanise », alors c'est peut-être un peu fort comme mot, mais humaniser, c'est-à-dire : faire partie des gens qui ont un but dans la vie, qui voilà... mais pas simplement qui vivote, qui se lève pour quelque chose le matin, bah c'est compliqué... c'est compliqué parce que, en définitive, ceux qui déjà, sont pas en grande précarité, ont du mal à trouver... enfin voilà, donc c'est... on retombe après dans la mission humanitaire.

H : Oui, on peut faire quoi à notre échelle, nous en tant que médecin ?

N8 : Ah, en tant que médecin, ah bah... en tant que médecin, moi j'ai un jeune-là qui est... il n'est pas en grande précarité, c'est un peu compliqué hein... sa maman a eu 3 maris avec 3... enfin 3 enfants avec 3 maris différents, et lui dès l'âge de 13/14 ans il s'est mis à consommer de la cocaïne en fait, il était complètement addict, il a eu des soucis avec la justice et tout... et je le connais depuis qu'il est petit, et je l'ai envoyé en cure plusieurs fois, ça allait à chaque fois, il est revenu... enfin bref, le trajet habituel. Et à chaque fois que je le vois, ben je le tanne en fait, je lui dis « mais quand est-ce que tu trouves »... Je veux dire, on peut être incisif. Je pense que respecter le patient, c'est aussi des fois marcher dans ses plates-bandes en fait hein, de manière à le faire réveiller ou le faire se dire « je sors de ma routine, apparemment il y a autre chose qui est possible » voilà, ça, mais encore une fois ce sont les gens qui ont accès au cabinet médical hein...

H : Oui...

N8 : Après il faudrait que tu me donnes « ta » définition de la grande précarité.

H : Elle rejoint la tienne *rire*

N8 : *rire* ça, c'est bien joué !

H : Mmm... donc toi t'en vois pas énormément des patients en grande précarité...

N8 : Bah... comment dire... déjà ceux qui sont... bon, il y a des CMU qui sont plus ou moins justifiées, mais ceux qui effectivement en CMU... bon, après il y a ceux qui ont un handicap mental, mais ça, ils sont un peu à part hein, mais la plupart du temps c'est ça hein... ce sont des gens qui ont des addictions, qui ont... oui le filtre euh... je crois que le cabinet médical n'est pas un endroit où on en voit le plus hein... à part, évidemment, si on a un cabinet qui se retrouve dans des zones vraiment... dans des ZEP, des choses comme ça, où c'est la majeure partie de la patientèle, et encore on sait pas...

H : On peut en parler des personnes en déficit mental...

N8 : Oui bien sûr... ben dans ces cas-là on a des foyers hein, j'ai pas mal de... comme ils n'ont plus de médecins en fait hein, qui viennent en consultation, bah eux ils ont une prise en charge... En fait eux par exemple, tu vois, c'est... ils auraient été désocialisés par leur handicap hein : « ils sont fous, ils

sont débiles... », et on les aurait mis quelque part pour les isoler un peu de la société, et en fin de compte : ben ils travaillent quand même, ils font des bougies, ils font des enveloppes... et quelque part, ça leur donne une existence en fait, une valeur, voilà c'est ça. Une fois qu'ils ont fait leur travail, ils ont une estime d'eux qui grandit grâce à ça, c'est surtout ça qu'il faut en fait hein. J'en reviens toujours à l'estime de soi, mais ils ont réussi quelque chose. En plus ils ont un petit pécule, je veux dire, il y a tout ça qui fait qu'ils ont une valeur. Et sinon, dans l'autre sens, en fin de compte, se retrouver sans rien ou être obligé de demander, je crois que ça dévalorise. Après peut-être qu'eux ils s'en arrangent, ils sont obligés, d'ailleurs, de s'en arranger, donc voilà... Le déficit mental dans notre société il est pris en charge, il est accompagné. Après il y a d'autres problèmes, mais alors on va déborder le sujet, parce que là : c'est les enfants qu'on met dans des classes parce qu'il n'y a pas de structure pour les accueillir, et avec des enseignants qui eux, ont pas la possibilité de les gérer, ou ils ont pas assez d'accompagnants... parce que normalement ils ont des accompagnants en fait, il y en a pas assez, et tout le monde est en souffrance, parce que ça met le bazar dans la classe et voilà... donc ce handicap là, ça c'est un peu particulier, mais on n'est pas dans le handicap on est dans la précarité hein...

H : Ok...

N8 : Je te fais perdre le fil *rire*

H : Non, non, j'essaie de tenir compte de tout ce que t'as dit avant... Parmi les patients, enfin même si c'est pas des patients en grande précarité, mais les patients que t'as vu dans la précarité... est ce qu'il y a eu des adaptations particulières que t'as eu à faire en consultation ?

N8 : Alors, à chaque fois on essaie... euh des adaptations c'est-à-dire ?

H : Des adaptations que ce soit... dans le soin, dans ta façon de faire, ta façon de tenir la consultation... ?

N8 : Ah ben... moi je fais toujours la même en fait hein... Après y'a des consultations plus banales parce que les gens... mais je veux dire que... le principe c'est d'avoir de l'empathie en fait hein, c'est à dire que les gens ne sont pas rejetés. Moi j'essaie souvent de me mettre à leur place hein, ou de comprendre comment ils en sont arrivés là, et puis de tirer des fils positifs... et voilà, et d'essayer de voir effectivement, ce qui serait possible : parce que quand les gens sont en grande précarité, comme je disais tout à l'heure, ils sont dans un état anxio-dépressif, c'est-à-dire qu'il ne voient pas autre chose en fait hein... ils ne voient pas au-dessus hein, ils ont les yeux baissés vers le bas, et toi tu n'y es pas, donc tu vois ce qu'ils peuvent faire de l'extérieur, et tu es le contradicteur. Il faut être contradicteur dans ces cas-là, parce que si tu vas trop dans l'empathie en disant : « oui mon pauvre » et cetera... tu lui rends pas service. Ils sont écoutés, ils sont compris mais...

H : Mais ils sont pas aidés...

N8 : Mais ils sont pas aidés. Donc il y a ce rôle un petit peu... pas d'éducateur, mais « d'autre regard », qui fait que quelque part... et même en contradiction hein... des fois je leur dis des choses... mais ils doivent se dire : « mais il comprend pas ce qu'il m'arrive c'est pas possible » parce que, en définitive, eux ont un regard différent du mien, et moi je vois ce qui est possible. Maintenant, c'est pas toujours possible, mais ce qui est possible de faire, et déjà, je pense que ça les change. Le fait de leur parler, de leur montrer autre chose auquel ils ont pas pensé, ça ouvre une porte. Et dès que t'as ouvert une porte, après ils passent, ils passent pas mais... et ils savent.

H : OK.

N8 : Voilà... Là on sort de la précarité, mais dans ce côté un petit peu « positif » de la chose : je me souviens d'une dame, qui était venue me voir en catastrophe parce qu'elle avait eu un accident de voiture, la voiture était morte, elle était un peu blessée, mais bon... Elle a besoin d'un arrêt et du coup

je lui ai dit : « écoutez, c'est peut être bête ce que je vais vous dire, mais cet accident qui vous arrive c'est pas arrivé par hasard, peut-être que ça va rendre service plus tard... vous vous en rendrez pas compte maintenant, mais plus tard... ». Elle m'a regardé en disant « bon apparemment le docteur il a pas du bien manger ce midi ». Et je l'ai revu 6 mois après, j'avais complètement oublié cet épisode, elle me dit : « vous vous souvenez docteur, la dernière fois que je suis venue ma voiture... ? ». Alors je dis : « oui, ça s'est passé comment ? ». « Ma voiture était morte, et du coup, comme je devais faire 60 km aller pour le travail, j'ai été licenciée... ». J'ai dit : « j'aurais mieux fait de me taire » *rire*... Et là je dis : « Ah oui ? Bah je suis désolé ». Et elle dit : « non, non, parce qu'en définitive, j'étais licenciée et j'ai retrouvé un travail plus près de chez moi et mieux payé ». Et donc de raconter ça, de temps en temps... de rapporter une histoire vécue des gens, tu leur changes leur paradigme en fait hein... D'un seul coup... en plus en tant que médecin tu es un petit peu écouté quand même hein, même si tu peux être un peu fufou comme ça... Et de ce fait, ça fait dérailler leur petit train en fait...

H : Oui c'est ça, ça change un peu leur perspective...

N8 : Ouais complètement, complètement, et ça ouvre une porte... donc c'est ce que je fais en général avec les gens qu'ont pas de ressources. Et puis après ben... si, je leur dis : « bah faites si, faites ça, vous avez telle aide... ». Enfin... tu leur énumères un peu ce qui est faisable. Et quand tu les vois, tu leur dis : « vous avez fait ça ? vous avez fait ... ? ». Voilà, on joue un peu au papa, je sais bien que c'est pas dans l'air du temps, mais ça rend service quand même en fait hein...

H : Ok mmm... est-ce que tu as rencontré des difficultés durant ces consultations ?

N8 : Honnêtement, je peux pas te répondre parce que... s'il y en a eu, j'en n'ai pas le souvenir. Et j'ai toujours essayé de positiver la consultation, et même au risque des fois de paraître un peu saugrenu, mais en général les gens sortaient un petit peu soulagés, Déjà si tu fais ça : tu as rendu service, mais... Bah les difficultés, c'est sûr que quelqu'un qui t'annonce qu'il vient de perdre son enfant, c'est compliqué de trouver le côté positif en fait hein... Mais en dehors de ces situations-là, dans les situations de précarité, non, à chaque fois on cherche des solutions... Ou de raccrocher avec la famille, après tout en fait... Après il y a toujours, ou des explications, ou des solutions...

H : Quelles solutions par exemple ?

N8 : Ah, l'état se resserre *rire* Bah ça dépend des situations *rire* Ça dépend des situations, si c'est... Justement, si les gens se retrouvent en précarité parce qu'ils ont coupé avec la famille, et cetera... en général comme on est médecin de famille, on arrive à attacher, un petit peu, à rattacher les bouts en fait hein... Et puis voilà, puis des fois même en secouant les gens, en leur disant : « mais c'est n'importe quoi », voilà, en les choquant en fait, en les choquant... Il faut créer un électrochoc de temps en temps, parce que sinon ils sont dans leur... ils sont hypnotisés par leurs problèmes en fait hein, et puis... quand tu es dans une routine, la routine elle est facile parce que ça demande pas d'efforts : tu fais toujours la même chose, et cetera... tu récites toujours la même chose etc... et dès que tu dois sortir de cette zone « d'inconfort » malgré tout en fait hein et... là ça demande un effort. Tandis que toi, si tu les secoues un petit peu, enfin c'est une façon de parler, toujours respectueusement hein... mais quand on les connaît, on peut se le permettre... ça peut ouvrir des perspectives. Je crois que je vais commencer à chercher quels sont les patients en grande précarité dès que je rentre de vacances. *rire*

H : *rire* On le voit pas toujours...

N8 : Bah c'est pour ça, quand on voit pas... quand on le voit pas... Alors d'abord c'est des gens qu'on connaît pas, ça peut arriver hein, des nouveaux patients et... mais bon on a toujours un écho d'une façon ou d'une autre hein... Bah la grande précarité c'est aussi... si, un modèle qu'on n'a pas étudié : c'est les personnes âgées qui sont seules hein, ça c'est la grande précarité... Bon, en général ils viennent en consultation, donc déjà c'est qu'ils ont la mobilité. Quand ils viennent pas tous seuls, c'est qu'ils sont accompagnés, donc ils ont déjà cette chance mais... ouais les personnes âgées isolées.

H : Qu'est-ce qui fait qu'elles sont en grande précarité ? C'est l'isolement principalement ?

N8 : C'est l'isolement tout à fait, bon souvent ce sont des veufs... parce que les veuves elles se débrouillent mieux. Ce sont des veufs qui ont... bon, un syndrome de Diogène à la maison... moi j'ai un patient comme ça, il voulait pas que je vienne en consultation, enfin en visite... Il voulait toujours venir en consultation pour pas montrer comment c'était chez lui. Il était tiré à 4 épingles à chaque fois qu'il venait, mais chez lui c'était le bazar... c'est incroyable hein, mais il avait pas d'eau courante. Mais ça, c'était avant hein... maintenant tout ça c'est terminé... Et oui... mais ces gens-là.. Bon, tu sais quand tu as un patient en salle d'attente, déjà quand tu l'appelles tu vois la tête qu'il a, et tu sais déjà s'il va où il va pas. Et moi j'ai cette mauvaise manie : quand je vois les gens qui vont pas bien je leur dis : « ça va pas ? », ils te disent « si si, ça va » et « allez qu'est ce qui va pas ? » et tu enfonces le clou et là ça... Petit à petit, ça ouvre une brèche et... soit j'ai une boîte de mouchoir, donc j'ai ce qu'il faut, et petit à petit on peut parler de ce qui ne va pas en fait hein... même si c'était pas le sujet de la consultation... ça prend du retard mais après tout... Voilà c'est les... c'est à peu près la précarité, mais là aussi c'est une précarité affective, parce que c'est pas une question de moyens en fait...

H : On en revient au départ, au tout début de l'entretien...

Si tu devais proposer des choses pour améliorer la prise en charge de ces patients ?

N8 : Bah chaque cas est différent en fait hein, donc c'est... Alors il y a ceux qui sont désocialisés, c'est-à-dire qu'on ne voit pas au cabinet, donc dans ces cas-là effectivement hein : c'est les structures de Samu social, toutes ces choses-là qui... Mais à partir du moment où ils sont pris en charge, il s'agit pas simplement de leur donner une couverture et de leur donner à manger : ça c'est le minimum vital. Mais derrière, il faut qu'il y ait une chaîne, une chaîne qui les amène... Et moi je commencerai... plutôt que la grande précarité, les chômeurs longue durée, parce que eux déjà se sont quelque part, désocialisés un peu... et quand ils arrivent au moment où ils sont au RSA, c'est là où on commence à chuter en fait hein, là c'est seulement le côté matériel. Donc, je pense que si on attaque le chômage assez tôt... « l'attaquer » c'est-à-dire : leur donner de la possibilité de retrouver un travail et de... encore une fois, de sentir qu'on produit quelque chose et d'avoir une estime de soi... ah, sauf ceux qui ont décidé que de toute façon ils travailleraient pas et puis voilà... ceux-là ne sont pas en précarité, c'est un choix de vie en fait... c'est comme les clochards dans le temps au début du siècle en fait hein... mais ceux-là, déjà, si on arrive à faire ça, on évitera la chute qui suit en fait. Pour les autres, effectivement, il y a tout ce travail... c'est long hein, c'est très très long, très grand, et puis ça coûte de l'argent... Donc nous à notre niveau... bah si déjà on a les tiers payants en principe... En principe les tiers payants ne payent pas... et puis après... quand je serai en retraite, je ferai peut-être comme le docteur C***** *rire*, je lui donnerai un coup de main. Parce qu'il faut du temps... il faut du temps, tu peux pas faire une consultation d'un quart d'heure/20 min avec des gens qui ont des polypathologies comme ça. Et puis de passer du temps avec eux, c'est autant qu'un médicament : parce que tu les respectes, et donc tu leur donnes une dignité, et c'est ça qu'ils ont perdu aussi hein. Quelle que soit en plus la fonction, la culture ou quoi que ce soit... tu traites un humain en fait.

H : Ca joue sur l'estime de soi.

N8 : Exact, ça c'est mon leitmotiv *rire*.

H : Donc des consultations un peu plus longues quand même, ce serait...

N8 : Oui oui... Oui mais après je parle de mon expérience, tu sens quand un patient tu lui as fait du bien, enfin du bien... façon de parler, on est allé au bout de ce qu'on pouvait faire à cette consultation, et puis à la limite tu reportes ensuite, en disant : « ben on se revoit de toute façon »... T'en as à qui tu donnes ton portable parce... parce que ça les rassure, ils t'envoient un SMS de temps en temps, des choses comme ça... ça fait partie du lien que tu crées, et ce lien là il faut pas le trahir... et faut pas en être esclave non plus, et puis voilà... Le risque c'est de devenir le « vrai papa », c'est à dire que... il y en a un qui dit : « t'es mon papa de remplacement », je dis : « non, t'es ton propre papa, tu te

débrouilles mon gars ». Parce que sinon tu crées une nouvelle dépendance en fin de compte et... ils ont l'estime que tu leur donnes... alors il faut que ce soit une estime qu'ils reçoivent d'eux même en fait hein... Ce que les parents ont pas pu donner, ou n'ont pas su donner, il faut qu'ils se le construisent eux-mêmes. C'est un socle, et quand ils sont sur ce socle, s'il est assez solide, et bah quand ils ont des coups durs bah... ils tiennent. Euh, on s'est perdus là...

H : Non, non non c'est très bien dit là... c'est une bonne façon de clôturer l'entretien, à moins qu'il y ait d'autres choses dont tu voulais parler ?

N8 : Non non, je... pendant que je te parle, j'essaie de faire le tour des patients qui m'ont marqué... Non, et puis des gens en précarité moi je... c'est pareil, on peut prendre un exemple là... d'une femme qui était... donc : qui a eu des abus par son frère quand elle était petite, qui avait une mère qui était... elle était schizophrène, et donc du coup, son père est parti avec sa petite sœur et l'a laissée seule avec sa mère... alors donc, sa mère la battait, la mettait euh... l'enfermait dans le placard, en fait le truc horrible quoi...

H : Donc elle a été battue par sa mère, abusée par son frère... ?

N8 : C'est ça, et en définitive bah... après, pour quitter la famille, elle a fini par trouver quelqu'un, elle a eu un enfant en fait hein... Et ensuite donc elle s'est mise à travailler, travailler, travailler, pour montrer qu'elle pouvait faire des choses. Elle a commencé à avoir des problèmes de lombalgies, ensuite elle a fait la hernie discale, elle travaillait à des kilomètres et des kilomètres, elle s'abimait la santé, elle fumait paquet sur paquet, elle s'est fait un emphysème... A chaque fois que je lui expliquais les choses, elle me disait : « mais vous pouvez pas comprendre, je suis toute seule avec mes enfants »... parce que du coup elle a eu un 2e mari avec un autre enfant aussi. Et donc, elle avait toujours cette envie de foncer là-dedans, et elle s'est retrouvée en fin de compte avec une arthrodèse qui n'a pas marché, une deuxième arthrodèse en fait. Et maintenant, elle a le syndrome de la queue de cheval, les enfants ont grandi, ils ont trouvé leur situation, et maintenant elle se retrouve toute seule avec son handicap. Et donc, elle avait une maison qu'elle avait toute décorée, qui était mignonne et tout ça, elle pouvait pas y rester, elle a dû la redonner, enfin bref... Il y a des situations dramatiques mais... à cause de drames familiaux en fait hein, c'est surtout ça... Et là pour intervenir c'est compliqué : c'est une dame que je suis depuis une vingtaine d'années, et elle m'a quitté plusieurs fois, ça a été une relation conjugale avec les patients tu sais *rire*, elle m'a quittée plusieurs fois parce que, si tu veux, elle disait que je la croyais pas qu'elle souffrait beaucoup... parce qu'à chaque fois je prenais le contre-pied en fait hein, et cetera... et puis après, elle revenait, elle disait « oui en fin de compte euh... » voilà, et c'est des personnes qu'on a du mal à sortir de là, parce qu'il faut vraiment les prendre par la main en fait hein et... Tout ce qu'on peut leur apporter c'est ça : c'est une écoute, et puis bah... de l'affect hein, tout simplement hein... Mais bon, mais c'est des gens qui se sont enfermés dans leur système, ça aussi c'est difficile hein... Quand ils s'enferment dans leur système, t'as beau faire le docteur et dire « faut faire autrement » ben... Et puis là elle était en colère après le monde entier, après ce qui lui était arrivé... c'est un peu normal aussi hein... enfin voilà, on peut pas... comme disait Rocard « soigner la misère du monde » *rire*... m'enfin bon, à notre périmètre à nous, si chacun fait son périmètre on y arrive hein... les petits ruisseaux font les grandes rivières... et puis on fait remonter des choses aussi hein, on n'a pas choisi ce métier par hasard comme on disait l'autre jour *rire*.

H : Hier *rire*.

N8 : Oui je sais *rire*, j'ai encore la mémoire qui fonctionne *rire*.

H : D'autres choses ?

N8 : Non, bah non je vois pas...

H : On a fait le tour ouais...

N8 : Si par hasard, je t'enverrai un petit quelque chose en fait...

H : En tout ça été... c'était très complet on a fait pas mal de...

N8 : J'espère ! Et puis encore une fois, ça peut se refaire s'il y a des lacunes à combler... et puis c'est bien aussi ça me permet moi de faire le point sur moi-même aussi hein... Je vous dois combien docteur ? *rire*

Entretien N9

Présentiel : au cabinet de l'interviewé

37min

Speaker 1:

Donc je me présente, Hadda Fennich, je suis donc fraîchement diplômée.

Speaker 2 :

Félicitations.

Speaker 1 :

Depuis début novembre, donc médecin généraliste remplaçant à Chartres et aux alentours. Et du coup ma thèse, elle porte sur la représentation des médecins généralistes, sur les patients en grande précarité. Voilà, donc dirigée par le docteur Chartier que vous connaissez sûrement. C'est lui qui m'a, qui m'a dirigée vers vous.

Speaker 2:

D'accord.

Speaker 1:

Donc l'entretien est enregistré, anonyme, il sera retranscrit et une fois retranscrit, je détruirai les enregistrements. Je vous laisse vous présenter pour commencer : donc âge, formation complémentaire...

Speaker 2:

Donc Docteur ***** *, donc moi j'ai cinquante ans, donc je suis médecin généraliste. J'ai fait donc initialement urgentiste, donc pendant plusieurs années, donc j'ai la capacité de médecine d'urgence. Donc j'étais urgentiste smuriste à Chartres, à l'hôpital de Chartres. Je suis installé en tant que généraliste depuis 2010, et puis voilà quoi, je fais un peu de... Oh complémentaire, je n'ai pas grand-chose, enfin je fais un peu de polygraphie, puisque j'ai une formation pour ça, polygraphie respiratoire et puis comment... voilà, puis on va se mettre à faire de l'écho dans le cabinet, mais voilà quoi.

Je suis médecin-pompier aussi en parallèle.

Speaker 1:

C'est assez diversifié.

Speaker 2:

C'est assez diversifié et j'ai... ça j'ai abandonné, mais j'étais coprésident de la CPTS du pays Drouais, et je fais partie du conseil de l'ordre aussi.

Speaker 1:

Très bien. Oui, donc une activité très diversifiée.

Speaker 2:

Mouais un petit peu quoi, ça occupe. *rire*

Speaker 1:

Très bien, vous avez fait des DU complémentaires en dehors de la polygraphie ventilatoire ?

Speaker 2:

Non, non non, je n'ai pas de DU, juste la capacité de médecine d'urgence.

Speaker 1:

Ok. Est-ce que vous parlez une langue étrangère ?

Speaker 2:

rire J'eus parlé, non je parle euh... comment, ouais je parlais plutôt pas mal anglais, mais j'ai un peu tout perdu et puis j'ai fait de l'espagnol dans mon jeune temps, mais je ne peux pas dire que je sois bilingue.

Speaker 1:

Manque de pratique... *rire*

Speaker 2:

rire C'est clair...

Speaker 1:

Ok. Vous avez déjà eu une expérience dans l'humanitaire ?

Speaker 2:

Non, ça jamais.

Speaker 1:

Ok. Alors est-ce que vous pouvez me parler de la dernière consultation que vous avez eue qui... enfin non pas la dernière forcément, mais la consultation qui vous a le plus marquée avec une personne en grande précarité ?

Speaker 2:

En grande précarité, c'est compliqué là comme ça, un peu sur le point comme ça... Quand vous parlez de grande précarité, c'est précarité financière, familiale... ?

Speaker 1:

C'est la précarité, enfin c'est ce que vous vous considérez comme étant de la grande précarité. Selon votre définition à vous, pas la mienne.

Speaker 2:

Ouais parce que comment... je dirais que la précarité financière en fait, comment... en règle générale... enfin en médecine elle est un peu... enfin, gommée avec tout ce qui est tiers payant, CMU, et voilà. Après il y a la grande précarité, moi je trouve qui est quand même plus embêtante... enfin plus embêtante, il n'y en a pas une qui est plus embêtante que l'autre, mais c'est la précarité de la personne seule sans... comment, dans un logement plutôt précaire et voilà, et ça c'est plutôt embêtant. Moi j'ai comment... exemple de personnes seules par exemple, sans forcément beaucoup de moyens, que je suis allé voir en visite comment... qui venait de se casser le col du fémur, et qui était restée toute seule du coup, toute la nuit et...là on est un peu démuni parce que du coup on sait pas... enfin c'est hôpital et voilà, mais après on la ramène à la maison elle est toute seule cette personne âgée donc...

Speaker 1:

C'était une personne âgée.

Speaker 2:

C'est une personne âgée. La famille est au loin, voilà, c'est une forme de précarité.

Speaker 1:

Complètement, je suis d'accord avec vous.

Speaker 2:

Voilà et ça, on est un peu plus démunis devant ça.

Speaker 1:

En tant que médecin ?

Speaker 2:

En tant que médecin, je trouve. Parce que comment... le temps de mettre les aides en place, le temps de... voilà, ça peut être très long. Ou on n'est pas bien formé en tout cas... ou pas bien « informé » peut-être dessus, en tout cas, voilà. Oui, il y a un laps de temps alors...

Speaker 1:

Il y a un laps de temps où il n'y a pas encore d'aide et...

Speaker 2:

Il n'y a pas encore d'aide et voilà. Après... comment, en médecine générale, quand les gens viennent dans le cabinet... parce que maintenant on ne fait plus beaucoup de visites, donc on les voit plus dans leur jus *rire* donc ça c'est un peu caché... parce que bon quand ils viennent en règle générale ils sont présentables et voilà ils en parlent pas forcément. Par contre j'en ai vu beaucoup justement du temps où j'étais urgentiste, et on allait en smur chez eux, et là... là j'ai vu de la grande précarité ouais. Je me souviens moi d'un petit papi... pareil c'est vrai, peut-être parce que je suis plus sensible aux petits papis mais... enfin aux personnes âgées mais... il était comment, alors lui en plus je crois qu'il vivait avec ses enfants, mais il était dans une chambre où les toiles d'araignées elles étaient couvertes de poussière, enfin vous imaginez une toile d'araignée couverte de poussière, elle était toute grise voilà. On n'osait pas, on était en tenue d'urgentiste, donc ce n'est pas nos vêtements à nous, mais on n'osait pas s'asseoir ou quoi que ce soit. Là on est vraiment dans la pauvreté extrême, enfin pauvreté j'en sais rien, mais en tout cas dans... enfin pour moi je trouve dans une grande détresse en tout cas.

Speaker 1 :

Oui.

Speaker 2:

Alors après... cette personne-là on l'a extraite et puis... Mais c'est vrai qu'après on sait pas ce qui se passe, mais en règle générale ils y retournent hein, on n'a pas de solution. Après je vous dis en médecine générale... enfin comme ça j'ai pas d'autres idées qui me viennent en tête. Après quand on parle de... il y a toute une tranche de la population aussi qui est... qui n'est pas suffisamment pauvre pour avoir la CMU, mais pas suffisamment à l'aise pour pouvoir se payer les soins. Et ça c'est vrai, ça par contre on en a quelques-uns... et donc on nous demande : « vous êtes sûr que c'est bien remboursé ? » et voilà... Enfin voilà donc... Ou alors, si la dernière fois la personne qui... fallait faire une imagerie, un scanner pas en urgence donc on ne pouvait pas marquer « urgent » mais assez rapidement. Ici à Dreux, vous venez de Chartres non ?

Speaker 1:

Oui.

Speaker 2:

Ici à Dreux, avoir un scanner à l'hôpital ça demande un certain temps quoi. Donc voilà.

Speaker 1:

Il faut se diriger vers les structures privées.

Speaker 2:

Il faut se diriger vers les structures privées, eh ben il faut aussi s'y diriger. Rien que le transport ça posait problème. Et donc là, je ne peux pas faire de bons de transport, ça ne passe pas, je ne peux pas voilà... Et donc là on est un peu embêté. Donc on essaie d'appeler l'hôpital quand même, pour essayer d'avoir le rendez-vous... que j'ai réussi à avoir, mais c'est vrai que ça c'est embêtant parce que c'est des gens qui n'ont pas les... qui n'ont pas suffisamment de moyens pour avoir les aides mais qui n'ont pas de moyens pour pouvoir se payer les soins quand il y a à payer, quand il y a à déboursier.

Speaker 1:

Et le problème aussi bah d'isolement géographique...

Speaker 2:

Et l'isolement géographique hein... c'est-à-dire que... Autant à Chartres il y a... alors je ne sais pas si à Mainvilliers ils font payer un dépassement d'honoraires sur les examens mais... y a quand même l'hôpital, la clinique... Nous ici pour des examens comme une IRM ou un scanner, on n'a que l'hôpital. Donc après les gens faut qu'ils se déplacent. Et des fois ça pose problème, y compris pour les personnes âgées qui sont seules.

Speaker 1:

C'est quoi pour vous la grande précarité ?

Speaker 2:

La grande précarité et bien c'est quand... quand on n'a pas de bol et qu'on associe un peu toutes ces précarités-là. Et je pense qu'en plus ce n'est pas si rare que ça, enfin... quand on commence à cumuler, on cumule quoi. C'est-à-dire que... quand on n'a pas les moyens financiers, quand on n'a pas un logement décent, quand on n'a pas un entourage pour nous aider derrière, plus une dépendance physique par-dessus... et donc là on a la très grande précarité pour moi. Et ça je pense qu'effectivement c'est compliqué. Et en plus c'est des gens... peut-être, qui n'ont même pas de médecin traitant pour le coup, et qu'on ne voit pas forcément, puisqu'on est dans une situation où on ne peut plus prendre de nouveaux patients, donc voilà... et donc c'est peut-être ceux-là qui sont moins bien défendus entre guillemets, et qui n'ont pas trouvé leur médecin traitant... avant qu'on ferme les portes.

Speaker 1:

Qui n'ont pas un médecin référent, une personne référente vers qui se diriger...

Speaker 2:

Donc là, on est dans la très grande précarité. Je ne sais pas s'il y a une vraie définition de la grande précarité.

Speaker 1:

Nous, enfin de ce qui est ressorti dans la bibliographie, c'est les personnes qui sont sans abri fixe, en fait... sans logement fixe, sans logement stable, des personnes qui sont au foyer, qui sont à la rue, qui sont hébergées... Et vraiment y a cette situation d'instabilité... Et les logements insalubres comme vous disiez tout à l'heure avec les toiles d'araignée poussiéreuses... Voilà, il y a ça aussi qui rentre en ligne de compte pour différencier la grande précarité de la précarité. Mais voilà, après, à chacun sa définition. Nous, c'est ce qu'on a fait ressortir de la bibliographie pour avoir une définition vraiment précise. Mais encore une fois, ce qui nous intéresse, c'est votre représentation à vous. Et du coup, on se rejoint quand même un petit peu sur la définition.

Speaker 2:

Et après c'est vrai que... c'est vrai que je n'ai même pas pensé au son domicile fixe. Mais parce qu'encore une fois je pense que c'est des gens qui sont exclus du système médical, donc du coup on les voit pas... Donc c'est triste à dire, ils sont invisibles pour nous enfin voilà...

Speaker 1:
Oui ça fait pas partie de votre champ... vous les voyez pas, en fait.

Speaker 2:
Non ils viennent pas.

Speaker 1:
C'est des personnes qui sont marginalisées oui...

Speaker 2:
Tout à fait. Alors on les voyait plus à l'hôpital pour le coup, quand j'étais aux urgences. À un moment donné aux urgences de Chartres, l'hiver il y avait des algeco. Vous savez ce que c'est les algeco ?

Speaker 1 :
Oui.

Speaker 2 :
Et donc qui étaient prévus pour les... quand les sans domicile fixe, qu'on connaissait bien hein... Donc ils devaient passer d'abord par les urgences et ensuite on les envoyait aux algeco. Ils avaient le droit de passer la nuit avec un repas.

Speaker 1:
Ah d'accord. À Chartres ?

Speaker 2:
À Chartres.

Speaker 1:
Ah je n'ai pas le souvenir...

Speaker 2:
Mais ça fait vingt ans hein... *rire*

Speaker 1:
Ah oui, ça fait longtemps d'accord. Ok. *rire* C'est dommage qu'ils n'aient pas gardé ce système ?

Speaker 2:
Je ne sais pas s'ils ne le font pas... Quand j'ai quitté les urgences, ça y était encore. Après ça posait quand même quelques soucis quand même. Quelques, quelques petits problèmes. Mais voilà, il y avait ce système-là.

Speaker 1:
A combien à peu près... vous n'êtes pas obligé de répondre à cette question hein, mais à combien vous estimez votre patientèle en grande précarité ? Des fois c'est assez difficile à estimer... donc si vous ne savez pas c'est pas grave.

Speaker 2:
Je suis pas sûr d'en avoir énormément. En grande précarité hein ? Je dirais pas plus d'une dizaine...

Speaker 1:
Et c'est quoi leur situation : c'est des personnes qui sont isolées ? Des personnes âgées justement ?

Speaker 2:

Personnes isolées, âgées. Oui, nous c'est plutôt ça, isolées et âgées. Des gens dont les enfants sont éparpillés aux quatre coins de la France, qui sont ici, qui n'ont pas les moyens pour aller en maison de retraite et qui se retrouvent dans leur appartement. Des fois c'est un peu chaud quand même. Donc ça c'est une précarité d'isolement, mais c'est une grande précarité quand même.

Speaker 1:
Bien sûr.

Speaker 2:
Donc voilà. Et puis après on a la précarité financière, donc ça, il y en a aussi pas mal. Ouais... si on cumule tout ça entre 10 et 20...

Speaker 1:
Ok, sur une patientèle de combien ?

Speaker 2:
1800... près de 2000. Après, je pense que ça dépend aussi beaucoup de... enfin ça c'est probablement vous qui allez faire le truc mais... de la situation géographique du médecin.

Speaker 1:
Du médecin, oui.

Speaker 2:
C'est-à-dire que moi j'ai commencé... parce qu'en fait c'est mon deuxième cabinet. J'ai commencé pendant dix ans, j'ai été à Cherisy. Donc Cherisy, c'est au nord-ouest de Dreux et c'est un milieu, c'est un endroit plutôt huppé de... C'est la banlieue plutôt huppée de Dreux. Donc ça veut dire que j'avais quand même un biais de sélection quand même, les gens m'ont suivi ici, et puis ça veut dire que ceux qui étaient en grande précarité ne pouvaient pas forcément accéder au cabinet justement. Vous voyez ? Donc je pense que... c'est pour ça que je n'en ai pas tant que ça non plus. Puis au bout d'un moment, quand on a deux-mille patients dans sa patientèle, on plus en prendre quoi. Donc on ferme le robinet et même quand je suis venu ici du coup, ils ne sont pas venus quoi. Parce qu'ici on est beaucoup plus près du coup, de Dreux. Donc les gens ils peuvent venir à pied.

Speaker 1:
Ok. Mais comme vous aviez une bonne part de votre patientèle qui vous a suivi, ça ne vous laissait pas trop de...

Speaker 2:
C'est ça, ils ont tous suivi hein, ils n'avaient pas trop le choix, je crois. *rire*

Speaker 1:
rire On en a déjà parlé un petit peu, mais quels sont les facteurs qui contribuent à la précarité selon vous ?

Speaker 2:
Ça va commencer dès la petite enfance, je pense. Donc déjà le milieu familial dans lequel on est, ça ne favorise pas, enfin ou ça favorise au contraire. Ça va être du coup... bah le niveau d'études oui je pense que ça ça va y jouer forcément. Euh... les barrières de langue sur Dreux aussi, ça on est quand même très confronté à ça aussi. Les histoires de vie, les pathologies du patient aussi, les handicaps voilà je pense que... Et puis l'histoire de vie, je pense que... il y en a qui peuvent très vite tomber hein... un divorce, et voilà on abandonne tout et voilà quoi, ça peut très bien vite se jouer, enfin il n'y a pas que les histoires à la naissance. Je pense que, je suppose qu'il y a plein d'autres arguments...

Speaker 1:

Donc l'environnement un peu dans lequel on grandit, les problèmes de santé, qu'on peut avoir dans la vie, les limitations physiques et parfois des événements qui sont assez marquants dans la vie : comme les divorces... Et chez la personne âgée, c'est surtout la limitation physique et l'isolement ?

Speaker 2:

Alors la limitation physique oui, ça forcément hein... Quand on a des personnes de 94 ans qui sont pliées en deux, voilà, on leur dit « ah non là vous ne pouvez plus conduire », je pense que quand on est à Paris ça pose peut-être moins de problèmes mais quand on est en province ça commence à poser pas mal de problèmes hein... Et puis... je pense qu'on va en voir de plus en plus, on est à une période... avant les enfants, enfin les gens ne bougeaient pas, on naissait dans une ville, on mourait quasiment dans cette même ville, et donc ça veut dire que les enfants pouvaient s'occuper des parents. Même si on ne vivait pas avec eux, on était à un quart d'heure de chez eux. Maintenant on voit de plus en plus de personnes âgées qui... dont les enfants je vous dis sont éparpillés, ils sont à plusieurs heures de route d'ici... et donc du coup, ça les isole davantage, et ils se retrouvent dans... et puis pour peu qu'ils aient pas les moyens pour aller en maison de retraite, ça a un coût hein, c'est énormissime, donc voilà... Tout de suite ça les isole et ils se retrouvent en précarité. Et je pense que ça il va y en avoir de plus en plus, les gens ils sont obligés de partir pour... enfin au moins dans la région, ils sont obligés de partir pour avoir du travail.

Speaker 1:

Oui oui, ça c'est sûr. Ok. Est-ce que pour vous la précarité a une influence sur l'état de santé ?

Speaker 2:

Oui. L'état de santé a une influence sur la précarité, comme la précarité a une influence sur la... je sais plus où j'en suis *rire*, sur la santé.

Speaker 1:

Ok et par quel biais ?

Speaker 2:

Par quel biais, on en parlait tout à l'heure, bah ouais : je n'ai même pas pensé au sans domicile fixe parce que je ne les vois pas, ils sont invisibles. Ça veut dire que, enfin, d'un point de vue médical attention hein... *rire* Ça veut dire qu'on ne les voit pas, ils n'ont pas accès à la santé. Tout à l'heure je disais pour avoir une imagerie, s'il faut faire 30km pour avoir une imagerie et qu'on n'a pas de véhicule pour se déplacer, eh ben on ne va pas la faire. Quand on est précaire, on n'a pas non plus les arguments pour se défendre pour avoir un examen rapidement. Je suis toujours étonné de gens qui me disent, « ah bah je n'ai pas réussi à... ça fait trois mois, je n'ai pas réussi à avoir un examen » et des gens un peu plus combatifs le lendemain, ils ont l'examen. Donc, si on n'a pas ces armes pour se défendre et je pense que... en plus quand on se trouve en précarité, on les perd ces armes, parce que je pense qu'il y a une dévaluation de la personne qui fait qu'elle ne peut pas se battre et... voilà. Et du coup oui, on ne va pas avoir les examens, on ne va pas avoir le médecin, on ne va pas avoir enfin... voilà. Quelqu'un qui veut un neurologue aujourd'hui, par exemple, il peut en avoir un demain à Paris, comment à... 120 euros la consultation. Bah... celui qui n'a pas, il peut avoir un neurologue... maintenant on doit être à 6 mois à l'hôpital de Dreux, sans dépassement d'honoraires, voilà.

Speaker 1:

Donc il y a la limitation financière, géographique, mais aussi le fait que... je vais rebondir là-dessus parce que c'est assez intéressant, le fait de... enfin vous parlez de dévalorisation de soi, donc oui cette idée que... « je me sens dévalorisé, donc je ne vais pas avoir assez d'aplomb pour insister et pour avoir mon RDV quoi... ».

Speaker 2:

En plus, il y a quand même un autre euh... Vous avez essayé de prendre un rendez-vous avec un médecin ?

Speaker 1:
J'ai déjà essayé oui.

Speaker 2:
Ouais, maintenant on fait comment ?

Speaker 1:
Doctolib.

Speaker 2:
Doctolib, ouais. Quand on est en grande précarité, est-ce qu'on a de quoi prendre un rendez-vous par Doctolib ?

Speaker 1:
Pas forcément.

Speaker 2:
Pas forcément. Quand on a 90 ans et qu'on veut prendre un rendez-vous... alors oui il y a des personnes de 90 ans qui sont plus sur leur téléphone que nous, voilà. Mais il y en a d'autres, elles n'ont pas de smartphone, elles n'ont pas de tablettes ou d'ordinateurs... eh ben elles ne peuvent pas.

Speaker 1:
Oui, oui, c'est assez intéressant.

Speaker 2:
Et puis c'est pareil, quand vous prenez un rendez-vous... mais on a la même chose, on a une secrétaire, on a une plateforme de prise de rendez-vous, voilà. Et quand vous prenez rendez-vous par internet, il y a une petite case pour être prévenu si jamais il y a un désistement, et de pouvoir rapprocher le rendez-vous. Et ben quand vous le prenez avec la secrétaire, il n'y a pas forcément cette petite case... ou si vous le prenez avec la secrétaire, c'est que vous ne pouvez pas être prévenu que... voilà. Donc si vous prenez un rendez-vous et qu'on vous dit : « il y a un rendez-vous dans 6 mois pour le neurologue », vous ne pouvez pas cocher cette petite case, vous ne pouvez pas et donc de toute façon votre rendez-vous vous l'aurez dans 6 mois.

Speaker 1:
Vous parlez de précarité numérique ?

Speaker 2:
Oui ça peut être une précarité numérique, oui tout à fait. intellectuelle.

Speaker 1:
Très intéressant. Ça, ce n'était pas encore ressorti dans les entretiens.
Est-ce que vous avez déjà ressenti des difficultés avec des patients en grande précarité ou en précarité en consultation ?

Speaker 2:
Ouais, les difficultés ressenties c'est plutôt pour les aides à mettre en place quand ils sont... c'est ce que je disais au départ. Les précarités financières au niveau du... je parle des soins hein, au niveau des soins : en France on a quand même cette chance-là, c'est qu'on peut quand même les soigner sans que ça coûte, enfin je veux dire on n'est pas à demander la carte bleue avant de soigner la personne. Mais par contre c'est toute la suite quoi, enfin c'est si la personne doit... s'il y a un handicap quelque part et voilà... enfin le temps de faire toutes les démarches ça peut être très long et là on nous on peut se retrouver en handicap. Alors après je sais qu'il y a le DAC28 qui est justement là pour essayer de gérer ces situations-là.

Speaker 1:
Ouais.

Speaker 2:
Donc ça ça peut quand même retirer une aiguille du pied.

Speaker 1:
C'est un guichet unique ou vous adressez et puis... ?

Speaker 2:
Ouais c'est un guichet unique qui s'occupe justement de tout... de gérer un petit peu, de mettre en place une infirmière, une femme de ménage, enfin voilà des aides à domicile... et voilà quoi qui peuvent essayer de gérer ça sur les cas complexes.

Speaker 1:
Ok donc vous vous adressez à eux, vous leur présentez le dossier, et puis ils se chargent...

Speaker 2:
Et puis ils se chargent après, ça marche plutôt bien.

Speaker 1:
Ils partent à domicile, ils évaluent...

Speaker 2:
Oui. Il y a juste un petit truc, c'est qu'il faut que la personne soit d'accord.

Speaker 1:
Et ça c'est pas...

Speaker 2:
Et ça, des fois, quand ils sont en grande précarité, ce n'est pas forcément évident. Peut-être par pudeur, par honte, par... je ne sais pas, mais des fois ils ne sont pas forcément d'accord.

Speaker 1:
Qu'est-ce qu'ils disent, ils n'en ont pas besoin ?

Speaker 2:
« Ouais, pas besoin et puis j'ai pas envie qu'il y ait quelqu'un qui vienne faire mon ménage, puis j'ai envie de faire... » Bon voilà quoi.

Speaker 1:
Donc finalement, ça facilite plutôt pas mal les choses...

Speaker 2:
Oui ça facilite, ouais. Ça facilite, mais il faut y penser.

Speaker 1:
Ouais.

Speaker 2:
Et je ne suis pas sûr que tout le monde soit au courant que ça existe.

Speaker 1:
Bah moi j'ai découvert à travers Nicolas et puis c'est vrai qu'on en a déjà parlé en entretien. Alors bizarrement c'était plutôt... normalement c'est le DAC28 donc à Chartres aussi... mais on ne m'en a

pas trop parlé dans les entretiens donc à Chartres on l'utilise un peu moins... Il y a un médecin de Dreux qui m'en a parlé. Donc je pense qu'ici c'est peut être un petit peu plus utilisé.

Speaker 2:

Peut-être un petit peu plus oui. Oui, mais on a, alors je ne sais pas... A Dreux on a peut-être un peu plus de précarité aussi. Aussi.

Speaker 1:

Ok. Donc ça peut s'expliquer effectivement...

Speaker 2:

Oui tout à fait.

Speaker 1:

Ok, est-ce qu'il y avait d'autres difficultés ?

Speaker 2:

Non comme ça... je dirais non...ce serait de la répétition.

Speaker 1:

Donc, est-ce qu'il y a d'autres ressources que vous mobilisez avec ces patients en grande précarité, donc vous m'avez parlé du DAC28 pour tout ce qui est prise en charge sociale...

Speaker 2:

Tout à fait. Après il y a les CCAS des communes aussi, qui peuvent fonctionner.

Speaker 1:

Vous adressez vos patients là-bas ou... ça se passe comment ? Parce qu'il y a des médecins sur place...

Speaker 2:

Non, non non, là c'est plutôt pour les services sociaux.

Speaker 1:

D'accord, donc vous avez la possibilité d'adresser vos patients aux services sociaux du CCAS ?

Speaker 2:

Alors en fait, soit le patient est en capacité d'y aller, parce que je pense qu'à un moment donné il faut quand même aussi se prendre un petit peu en main enfin voilà... et de leur dire d'y aller, soit si on sent que c'est un peu juste, on leur demande à savoir si on est d'accord de les contacter, on peut les contacter.

Speaker 1:

D'accord ok.

Speaker 2:

Mais il faut que le patient soit d'accord, on est quand même soumis au secret médical, voilà enfin. Mais tout comme le DAC, il faut que le patient soit d'accord.

Speaker 1:

Ok. Est-ce qu'il y avait d'autres ressources ?

Speaker 2:

Bah après il y a une ressource qui est épuisable et qui est en souffrance aussi mais c'est l'hôpital hein. Après ça c'est plutôt quand il y a vraiment besoin d'hospitalisation et voilà... mais les maintiens à domicile difficiles ou impossibles et voilà, enfin je veux dire on n'a pas le choix non plus là. Donc

après c'est l'hôpital. Et puis après d'autres sources c'est un petit peu plus compliqué, il n'y en a pas beaucoup.

Speaker 1:

Malheureusement... Qu'est-ce que vous proposeriez comme nouvelles ressources si on était amené à créer des nouvelles choses pour ces patients en grande précarité ?

Speaker 2:

Eh ben, une espèce de « CCAS-guichet unique » par exemple. C'est-à-dire on appelle un numéro et puis la personne « vous êtes sur quelle commune ? », machin et puis voilà... Et à ce moment-là ils ont des gens qui peuvent s'occuper d'eux quoi.

Speaker 1:

Ok donc une fusion du DAC et du CCAS ?

Speaker 2:

Par exemple. Parce que comment, c'est insupportable d'avoir x numéros à droite à gauche et de comment, et au final de ne pas savoir à qui s'adresser.

Speaker 1:

Bien sûr. Et qu'est-ce qu'il y a au CCAS, qu'il n'y a pas au DAC ? C'est que le CCAS c'est plutôt sectorisé c'est ça ?

Speaker 2:

C'est sectorisé. C'est vraiment la commune, donc ça peut être : on organise les portages des repas, après il y a des assistantes sociales qui peuvent voir peut-être au niveau des aides financières et des choses comme ça.

Speaker 1:

Ok. Donc le même système que le DAC avec un seul numéro mais dans chaque secteur.

Speaker 2:

Ouais, après oui... Mais qu'il y ait un seul organisme parce que là, comment... On est les spécialistes des mille-feuilles quoi, il y a des choses où ils font les mêmes choses mais un peu décalée, on ne sait pas trop comment... quel est la marge de manoeuvre d'untel ou untel.

Speaker 1:

C'est sûr si on n'a pas son répertoire, c'est vrai que c'est difficile. Et puis en tant que jeune diplômée...
rire

Speaker 2:

Oui, alors je crois que quand vous vous inscrivez sur Chartres, quand vous vous inscrivez au conseil de l'ordre, on vous donne tous les numéros.

Speaker 1:

Ok, on ne me l'a pas encore donné parce que je ne suis pas encore inscrite, je suis remplaçante, mais...

Speaker 2:

Ouais, mais après je pense que si vous y allez, ils vous le donneront hein.

Speaker 1:

Ca marche.

Speaker 2:

Mais en fait je pense que pour éviter d'avoir à rechercher l'information à droite à gauche il faut que ça soit centralisé sur un truc quoi, qu'il y ait une seule chose et du coup on appelle et puis effectivement peut-être quelqu'un qui nous dirige qui nous dise « bah attendez je vous dirige plutôt vers le DAC, ou vers le CCAS de machin... ».

Speaker 1:

Bien sûr, c'est un gain de temps et pour nous et pour le patient.

Speaker 2:

C'est ça.

Speaker 1:

Et puis surtout ça permet une prise en charge optimale quoi.

Speaker 2:

Après dans il y a les services sociaux aussi de la sécurité sociale, qu'on peut mobiliser aussi.

Speaker 1:

Pareil, vous adressez les patients et puis...

Speaker 2:

Tout à fait.

Speaker 1:

Il y a des assistantes sociales qui sont disponibles pour ça. Ok. Est-ce que vous avez l'impression de devoir vous adapter... enfin logiquement oui vu ce qu'on a dit... c'est une question que je pose un peu plus tôt dans l'entretien, mais vous adaptez forcément à vos patients en grande précarité... Dans le soin aussi ? Ou c'est juste dans la prise en charge administrative et sociale ?

Speaker 2:

Alors dans le soin on va forcément s'adapter si la personne elle vient pour comment... un prurit et qu'elle a la peau sèche, vous n'allez pas aller lui dire d'aller acheter une crème Avène à 15 balles le tube. Oui, ça va peut-être moins bien marcher, mais vous allez prendre du Dexeryl qui est remboursé et qui est à 2,45 euros, enfin vous voyez. Donc ça forcément on va s'adapter. Et puis comment... au niveau de la prise en charge c'est pareil, enfin si on voit qu'il y a une limitation soit de la barrière de langue soit intellectuelle soit parce qu'ils ne vont pas pouvoir prendre les rendez-vous parce que la précarité numérique voilà... Oui on va, on peut très bien avoir à le faire.

Speaker 1:

Oui, vous faites à leur place.

Speaker 2:

Oui, ici on a la chance d'avoir une secrétaire, c'est vrai que... alors soit elle est plus là et donc on le fait mais bon quand elle est plus là en règle générale les autres secrétariats sont fermés aussi donc voilà. Et sinon on lui demande de prendre des rendez-vous pour la personne par exemple. Et comment, parce que c'est vrai que sinon ça ne passe pas.

Et ils ne peuvent pas, enfin voilà quoi.

Speaker 1:

Est-ce qu'il y a d'autres adaptations ?

Speaker 2:

D'autres adaptations, enfin après il y a l'adaptation du langage, ouais forcément je pense que dans notre manière de parler, dans notre manière de nous comporter, on s'adapte aussi à la personne qui est en face de nous.

Speaker 1:
C'est-à-dire ?

Speaker 2:
Bah on utilise des mots moins complexes ou moins... je parle par rapport à... quand on sent que ça ne comprend pas bien voilà quoi, donc ça on va s'adapter là-dessus et puis... mais ça je dirais que ça fait partie du boulot du médecin, que ça soit avec les personnes...

Speaker 1:
Avec des personnes en grande précarité ou pas.

Speaker 2:
Ou pas enfin on s'adapte... Je pense qu'on ne va pas parler de la même manière à la personne qui est infirmière et à la personne qui est... attention je n'ai rien contre eux hein... mais qui est manœuvre... Enfin voilà et donc forcément il y a un curseur au niveau du langage, au niveau du comportement. Mais tout comme on peut se permettre des choses avec des gens parce qu'on se sent bien avec eux et puis on va pouvoir plaisanter peut-être différemment qu'avec l'autre où on est peut-être un peu plus... voilà. Donc la personne on essaye de s'adapter aussi en fonction de ce qui pourrait être blessant, pas blessant, enfin voilà donc forcément il y a une adaptation à ce niveau-là.

Speaker 1:
Ok... bon on a abordé pas mal de choses. Est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter ? Notamment d'autres besoins pour améliorer la prise en charge de ces patients au cabinet ?

Speaker 2:
Alors, il y a quand même quelque chose qui pourrait être faite mais bon... ça la sécurité sociale n'est pas prête je pense. C'est par exemple, autoriser les bons de transport pour qu'ils viennent nous voir. Je veux dire nous, comme je vous disais on a 2000 patients, on nous a dit que c'est toujours pas assez qu'il faut en prendre plus, qu'il faut faire plus de consultations, si on va en visite on ne peut pas, ce n'est pas possible. Donc il y a, voilà... donc on ne peut plus aller voir les gens comme on allait les voir il y a trente ans quoi, c'est terminé et ça c'est un vrai frein aussi les gens qui ne peuvent pas se déplacer pour venir nous voir et on n'a pas le droit de leur faire de bons de transport. Qu'au moins ils aient accès à un cabinet médical quoi. Voilà. Par exemple.

Speaker 1:
Oui c'est vrai, ça pourrait être pas mal. Il y a des systèmes comme ça de transport à la demande qui sont mis en place.

Speaker 2:
Alors il y en a, mais il faut vraiment que ça soit bien dans des cases bien particulières, c'est la personne de plus de 80 ans ou je ne sais pas quel âge, voilà qui a un handicap, qui a machin, il faut qu'on fasse un certificat... Donc c'est, il faut vraiment que ça soit dans des conditions, mais ils arrivent jusqu'ici effectivement. Mais par exemple mes patients de chirurgie, je ne suis pas sûr qu'ils puissent venir ici comme ça.

Speaker 1:
Est-ce qu'il y avait d'autres besoins ?

Speaker 2:
D'autres médecins. *rire*

Speaker 1:
Oui.

Speaker 2:

Bah oui non mais... ça fait partie aussi hein. Voilà, non je ne sais pas comme ça... Non là j'ai pas de solution malheureusement pour gommer ça.

Speaker 1:

Bah gommer non mais au moins essayer de pallier... Oui

Speaker 2:

Oui c'est ça, quand je dis gommer c'est effacer un petit peu *rire*.

Speaker 1:

C'est ça. *rire* Est-ce que vous aviez d'autres choses à ajouter ?

Speaker 2:

Non, non, je pense que là c'est...

Speaker 1:

Merci beaucoup.

Entretien N10

Présentiel : au domicile de l'interviewé

58min

H : Du coup je m'appelle Hadda Fennich on s'est déjà présentés, donc fraîchement diplômée depuis début novembre...

N10 : D'accord, mais pas thésée ?

H : Mais pas encore thésée, donc je fais des remplacements en attendant et puis je travaille en parallèle ma thèse...

N10 : Alors j'ai créé un statut qui s'appelle le médecin adjoint qui permet, c'est moi qui l'ai créé, qui permet de travailler sa thèse et en même temps de travailler, d'aider des médecins comme moi par exemple... aux Bâtes, à venir travailler deux ou trois jours par semaine.

H : Bah je suis médecin adjoint, justement...

N10 : Ah c'est bien.

H : ...trois jours par semaine.

N10 : Vous pouvez me remercier car c'est moi qui ai créé ce truc-là, je me suis battu avec Madame Marisol Touraine pendant un an et demi parce qu'elle refusait. Elle refusait cette... j'avais proposé un texte de loi que j'ai défendu au Sénat où on s'est fait jeter, puis à l'assemblée où on s'est fait jeter deux fois, et la troisième on est passé.

H : Et ben... merci.

N10 : Non mais c'est vrai, ça c'est vraiment un de mes cheval de bataille dont je suis content parce que ça a permis quand même à beaucoup de gens... alors c'est paru... à l'époque c'est paru dans la presse, le quotidien du médecin, à la télé...

//coupé//

H : Ma thèse elle porte sur les représentations des médecins généralistes concernant les patients en grande précarité, l'entretien est enregistré, anonyme et du coup il sera détruit une fois que j'aurai tout retranscrit. Voilà et puis l'idée c'est vraiment de plonger au cœur de vos représentations et qu'il n'y ait pas des réponses toutes faites et standardisées. Je vous laisse vous présenter du coup : âge, expérience professionnelle, formation complémentaire...

N10 : Mon âge ? 69 ans et 11 mois, donc 70 dans 1 mois et... l'autre c'était quoi après ?

H : Expérience professionnelle ?

N10 : Expérience professionnelle ? Je suis médecin généraliste, je suis médecin du sport, je suis installé depuis 1985 à Dreux, j'ai été maître de stage très tôt, ce qui m'a permis d'avoir plein d'internes et plein d'externes ce qui était super, j'ai adoré. Et... après qu'est-ce que j'ai fait ? Je me suis occupé de sport, de lutte, de tennis, de basket, et puis voilà quoi. J'ai fait quand même des groupes de pratique avec les internes pendant une quinzaine d'années.

//coupé//

N10 : Et... non oui moi j'étais bien, moi j'étais très bien j'ai toujours été en cabinet de groupe on était jusqu'à 4/5 ans on était quatorze, puis après je suis tombé pratiquement tout seul... donc en fait c'est moi qui ai créé la MSP, on était la première MSP d'Eure-et-Loir, et après il y avait trop d'engagement, il fallait avec l'ARS faire des trucs... puis mes associés ne suivaient pas du tout.

//coupé//

H : Vous avez fait des DU complémentaires, des formations complémentaires... ?

N10 : Ah des DU moi j'ai fait médecine du sport, traumatisme du sport, et puis j'allais à des congrès régulièrement de médecine du sport, de traumatisme essentiellement. Ce qui m'intéressait moi c'était la traumatologie essentiellement.

H : Est-ce que vous parlez une langue étrangère ?

N10 : Oui je parle un peu l'anglais, enfin je parle pas trop mal anglais, je parle portugais un peu maintenant, j'apprends parce que je vais de temps en temps au Brésil... et j'ai parlé allemand dans le temps mais je parle plus, je suis plus doué du tout j'ai oublié.

H : Ok, est-ce que vous avez déjà eu une expérience dans l'humanitaire ?

N10 : Alors expérience humanitaire... non... mais au Brésil oui je fais un peu... je m'occupe de gens... de français puis de brésiliens, mais humanitaire en tant que tel non.

H : Ok. Alors est-ce que vous pouvez me raconter la dernière enfin... surtout la situation la plus marquante que vous avez eue avec un patient en grande précarité ?

N10 : Ça ça va être un peu compliqué. Comment définissez-vous la grande précarité ?

H : Ben justement comment vous définissez la grande précarité ?

N10 : Ah bah non, c'est à moi de vous poser la question parce que pour moi la grande précarité... je n'ai pas beaucoup de patients en grande précarité.

H : Ça représente quoi pour vous ?

N10 : Ah ben...

H : Parce que moi j'ai ma définition...

N10 : La grande précarité pour moi, c'est des gens qui sont, qui sont complètement démunis de tout quoi, qui n'ont pas de toit, qui n'ont pas de... qui n'ont pas de travail, qui n'ont pas d'argent, qui n'ont pas de sécurité sociale et ça j'avoue que je ne connais pas ça.

H : Vous avez jamais eu... ?

N10 : Pratiquement pas, pratiquement pas. *silence* Non... honnêtement je vois pas... Non après les seuls problèmes que je rencontre, c'est chez les patients qui ne parlent pas notre langue, et j'en ai très peu mais j'en ai quelques-uns. Qu'est-ce que j'ai... , j'ai une Cap-Verdienne, donc elle elle parle portugais normalement mais je comprends rien du tout de ce qu'elle dit, mais quand elle vient seule c'est impossible, elle parle très vite on est... moi c'est surtout ça, alors c'est des gens qui sont dans des conditions de vie... ils ont pas de grands moyens de vivre mais ils ont quand même la sécu, enfin ils ont la carte vitale, ils ont un toit, ils ont... et pour moi la précarité ça se résume à ça, c'est des gens qui sont... bon, qui n'ont pas forcément du travail mais... qui ont sûrement des aides de l'état mais ils ont de quoi vivre quoi. Et pour moi la grande précarité c'est j'imagine... tous les gens issus de l'immigration qui arrivent en France, qui veulent traverser le Channel pour aller en Angleterre... là je pense que c'est des gens en grande précarité mais moi je n'ai pas ça, je ne connais pas ce genre de... Alors il y a ici probablement des gens en grande précarité, tous les gens... le foyer de Sonacotra, avant c'était un foyer pour travailleurs, maintenant c'est un foyer d'immigration mais je vois pas du tout ces patients-là, moi je ne les vois jamais.

H : D'accord.

N10 : Je ne sais pas, je ne sais pas où ils vont, mais ils ne viennent pas chez moi.

H : Mais on est assez d'accord sur la définition de la grande précarité...

N10 : Ben je ne sais pas, je n'ai pas eu la vôtre *rire*

H : Ben je vais vous la donner, effectivement ça rejoint en fait votre définition et c'est vraiment les personnes qui sont sans-abri fixe, sans situation stable, donc ça regroupe les migrants, les personnes sans domicile fixe, les personnes à la rue, les personnes hébergées dans les foyers...

N10 : Oui, oui, oui...

H : ... c'est un peu tout ça. Mais moi ce qui m'intéresse c'est vraiment votre représentation à vous. Donc si pour vous, enfin si vous vous rencontrez des personnes en précarité et que c'est ceux que vous avez l'habitude de voir en consultation, on peut parler d'eux. Moi c'est votre représentation à vous qui m'intéresse.

N10 : Voilà le seul souci c'est ça... Je pense qu'il y a une évolution considérable depuis qu'il y a la CMU, alors même si elle a été dévoyée par un certain nombre de personnes. En France on a malheureusement des très bonnes idées mais elles sont jamais respectées, définies, parce que moi j'ai eu des patients qui roulaient en Mercedes qui avaient la CMU, mais il y avait aussi des gens qui en avaient besoin de la CMU et à qui ça permettait de rebondir lors d'un passage difficile dans leur vie, vous avez plus de travail, ils avaient plus de quoi se nourrir ou se soigner et ça ça leur permettait d'arriver et de... puisque moi quand je me suis installé en 85, il n'y avait pas ça bien sûr. Et les gens avaient très souvent honte de ne pas avoir d'argent et donc d'être pauvre en fait et pas avoir les moyens de se soigner et on les voyait arriver avec des pyélonéphrites qui évoluaient depuis quatre jours, donc un risque d'insuffisance rénale, enfin ils étaient catastrophiques quoi c'était vraiment... alors que maintenant ça on le voit quasiment plus, ou alors ça nous échappe peut-être, ils vont peut-être plutôt aux urgences, mais je pense que maintenant les personnes à partir du moment où ils ont plus de

moyens de se soigner bah ils se soignent quand même et ils ont pas cette restriction qu'ils avaient, parce que c'était vraiment ils ne voulaient pas venir parce qu'ils avaient la sensation honteuse de montrer qu'ils n'avaient pas d'argent quoi et ça c'est...

H : Donc l'accès aux soins est plus facilité.

N10 : Ah bah oui, carrément.

H : Donc si je vous pose la question de la proportion de patientèle que vous avez en grande précarité c'est zéro ?

N10 : Ah bah en grande précarité je vous dis j'en ai quasiment pas. Moi sur mes relevés je suis à 5% de CMU. Donc c'est pas beaucoup, c'est pas beaucoup et... non je suis en train de chercher... mise à part cette patiente-là, la cap Verdienne-là qui... alors après on peut considérer, je ne les vois plus mais... j'ai eu quelques patients, des alcooliques dépendants graves, là on peut considérer que ce sont des gens qui sont en précarité quand même... c'est des gens qui veulent plus soigner, pour lesquels on n'arrive pas... qu'on n'arrive plus du tout à driver quoi c'est très compliqué ça... c'est vraiment des consultations complexes, et puis c'est vrai qu'au bout d'un certain temps on finit par se lasser quand même... moi j'admire les gens qui font de l'addictologie hein... je pourrais pas, parce que l'addictologie c'est quand même une complexité énorme, des gens aussi bien avec des drogues... moi j'ai le souvenir de drogués qui me disaient, alors moi j'en vois plus de drogués plus jamais, je leur ai dit que je ne voulais plus m'occuper d'eux, enfin que je ne savais pas faire, c'était parce que... y'en a un qui voulait brûler ma maison, tuer mes enfants, j'ai dit bon terminé, et il me disait de toute façon « ne croit jamais un drogué, il vendrait sa mère pour avoir une dose », donc j'ai retenu la leçon, et donc je vois plus jamais, plus jamais, plus jamais quelqu'un pour du subutex ou des trucs comme ça. Ça ça a disparu complètement. J'en avais pas beaucoup, j'en avais un ou 2 qui venaient régulièrement, et puis bon ça se passait pas trop mal et puis bah ils ont disparus, je sais pas ce qu'ils sont devenus. Mais oui j'admire moi les gens qui font de l'addicto parce que franchement c'est aussi compliqué que de s'occuper de gens qui ont plus de 90 ans quoi, qui sont polypathologiques, enfin y en a qu'ont pas grand-chose hein, mais il y a quand même beaucoup qui ont beaucoup de pathologies et pour lesquels bah les consultations elle durent une demi-heure, 40 min, 45 min et ils ont toujours... alors c'est là quand j'entends les jeunes qui affichent dans leur salle d'attente « pour moi une consultation c'est un problème », je dis « mais attends c'est plus de la médecine quoi, ça veut dire quoi ? », alors un problème c'est-à-dire que vous allez renouveler leur traitement, quand je vois y a des médecins... une jeune femme qui vient de s'installer à Dreux, elle dit dans les ehpad : « Eh bien moi je veux bien venir renouveler les traitements de mes patientes, parce qu'en général ce sont des femmes, mais par contre il y a un problème intercurrent je viens pas ». Ça veut dire qu'elle veut pas se déplacer si son patient est malade ou s'il a un truc autre que son traitement chronique quoi. Mais c'est là qu'on se dit qu'on a quand même beaucoup perdu de l'esprit de... moi je suis un des seuls à faire des visites à Dreux hein... je sais pas si ***** en fait, mais je dis « mais attends mais vos vieux... », moi j'ai récupéré des patients je leur dis : « mais votre médecin vous le connaissez depuis combien de temps ? ». « Bah 30 ans ». « Ah bon, 30 ans ? D'accord... ». Mais il le laisse tomber comme ça ? Ça fait 30 ans qu'il connaissait des gens et sous prétexte qu'ils peuvent plus se déplacer. Moi y'en a je leur dis « Mais attendez... », quand ils mettent 1 h pour faire la salle d'attente, mon cabinet... Les parkinsoniens je leur dis « Attendez je viendrai vous voir chez vous hein, ça sera plus sympa », on prendra pas le café mais presque, et puis ils sont contents puis moi j'aime bien faire des visites je trouve ça intéressant de voir les endroits dans lesquels vivent les gens. Alors c'est vrai que ça prend un peu de temps mais... moi je me dis mais ces gens-là quand leurs parents vont dans cette situation-là ils vont accepter que leur médecin n'aille pas les voir ? Ils vont dire « on les laisse mourir ? », bon d'accord, bon bah alors faut le définir, on dit qu'on ne fait plus de visite on laisse pourrir les gens. Par contre les visites pour les gens qu'ont de la fièvre ou 39, ils viennent au cabinet. Si ils peuvent marcher, ils marchent c'est clair, mais bon pour les anciens, je me dis quand même mais c'est honteux de voir ça, de se dire « Ah nan mois je fais plus de visite »... C'est affligeant, affligeant. Donc moi c'est vrai que j'ai un peu... je me dis que notre monde a... parce que tous mes amis de ma génération c'était pas comme ça hein, d'abord on parlait pas d'argent, on savait pas si on allait gagner notre vie

beaucoup ou un peu, maintenant y a plein de jeunes ils pensent qu'ils vont gagner plein d'argent en faisant de la médecine : non, on gagne bien notre vie on fait partie des français les plus favorisés, on paye des impôts, mais on gagne bien notre vie on peut rien cacher mais on sera pas riches, mais on aura bien vécu c'est tout. Et moi quand je vois des... je dis : « mais faut aller faire un autre métier les enfants là, faut aller faire trader à la bourse et puis... mais pas faire médecine générale hein... ou alors si si vous faites certaines spécialités mais médecine général même en faisant 40 actes par jour vous gagnerez bien votre vie mais vous serez jamais riches ». Enfin voilà.

H : Quels sont selon vous les facteurs qui contribuent à la précarité ?

N10 : Les facteurs qui contribuent... bah je sais *rire* c'est compliqué ça. Ben les facteurs, bah il y a il y a toute l'addictologie hein, toute l'addiction déjà, tout ce que les gens... qui partent en vrille, aussi bien des drogues que tout ce qui va vous permettre de vous déconnecter de la réalité quoi, hein... tout ce qui va vous marginaliser de la vie sociale donc le fait de perdre une travail, parfois divorcer, certaines personnes quand elles divorcent bah elles sont complètement perdues, elles savent plus rien faire et puis elles tournent dans l'alcool, elles tombent dans la drogue, elles tombent dans tout ce qu'on veut j'en sais rien... enfin tout ça c'est un peu mêlé mais... et puis après il y a des gens qui sont déjà dans la précarité qui arrivent chez nous, tous les gens qui arrivent d'Afrique, qui vivent dans des huttes et les pauvres ils ont rien, ils pensent qu'ici c'est l'el Dorado et qu'ils vont être... Mais bon on les comprend quand on voit tout ce qu'on... je suis allé pour voir l'anesthésiste pour ma colo à Parly 2 là, quand on voit les magasins on dit « waouh », les gens ils voient ça à la TV mais comment ils peuvent réagir dans leur tête, comment ils peuvent se dire « mais ça existe ça ? », alors qu'ils ont rien quoi, c'est incroyable hein mais... Bah oui après qu'est-ce qu'il peut y avoir d'autre qui génère une précarité ? Je sais pas. C'est déjà pas mal je trouve : toutes les addictions, la perte de travail, le divorce...

H : Les événements difficiles de la vie...

N10 : Oui, perte d'un enfant... de toute façon on n'est pas tous égaux hein, on n'a pas tous la même force de caractère, on n'est pas tous fatigués de la même façon, on n'a pas tous le même tonus.

H : Donc il y a aussi les capacités internes.

N10 : Bien sûr, la capacité à rebondir ou à vivre ou à faire des choses hein, il y en a qui se laissent vivre y en a d'autres qui... c'est ce qui fait le charme de la vie hein, c'est qu'on n'est pas tous pareils... alors parfois ça crée des étincelles mais bon *rire*. Y'en a qui dorment 6h y'en a qui dorment 12h, y'en a qui râlent tout le temps, y'en a qui sont heureux tout le temps mais bon... c'est un peu la vie quoi.

H : Et quels sont selon vous les conséquences que peut avoir la grande précarité, la précarité, sur l'état de santé ?

N10 : Ah bah les conséquences elles peuvent être dramatiques hein... aussi bien pour la drogue que pour l'alcool que pour... Bon après y a pas que ça, si ils sont en grande précarité ils vont souvent pas accepter de se faire soigner, parce que moi j'ai travaillé quand j'étais externe, j'étais à Paris, j'étais à Nanterre... à Nanterre c'était un hospice de vieux, ils nous ramassaient toutes les nuits il y avait des gars qui arrivaient qui étaient récupérés par des brigades bienveillantes hein, qui nous les amenaient mais les gars ils étaient bourrés, ils s'étaient battus, ils avaient le crâne ouvert mais... ils étaient complètement on va dire sortis de notre monde quoi, ils avaient absolument aucune envie de s'en sortir, enfin ils avaient pas envie du tout qu'on les emmerde, ils voulaient continuer à dormir sous les ponts, et il y en avait c'était leur style de vie quoi... Alors après est-ce que ça se comprend j'en sais rien, ou est-ce que c'est un syndrome dépressif profond qui fait qu'on en arrive là, possible, mais je pense qu'il y a des gens qui sont complètement déstructurés et qui... bah pour eux leur vie ça a pas beaucoup d'importance quoi, ils se complaisent, enfin « ils se complaisent » entre guillemets parce que dormir avec la température qui fait en ce moment, dormir sous les ponts ça doit pas être très agréable

mais... Après il y a des gens qui font des choix hein, qui font des choix, c'est pas facile de les juger hein, mais on veut leur imposer des trucs, après on voit maintenant ils ont tous des chiens parce qu'ils disent-ils qu'ils se font agresser, entre eux, ils s'agressent entre eux, ils se piquent le peu qu'ils ont, mais bon... tout ça c'est un peu loin de la médecine hein.

H : C'est un mode de vie qu'ils ont choisi pour certains. Est-ce qu'il y a d'autres conséquences sur la santé ?

N10 : Bah oui les conséquences biologiques : si vous êtes alcoolique vous allez faire une cirrhose, et en plus ils peuvent faire les neuropathies, avec ceux qui boivent du rhum des choses comme ça... oui bien sûr, bien sûr que ça... Mais après y'a pas que l'alcool hein, je pense qu'il y a d'autres... C'est pour ça que moi quand je vois des gens dans la rue quand je vais faire mes courses bah je leur achète un sandwich et je leur donne le sandwich et je leur donne surtout pas d'argent, je prends un sandwich jambon beurre cornichon je sais pas quoi dans les magasins et puis en sortant bah je leur file le sandwich, et je me dis... enfin je préfère faire ça que de leur donner 2,00€ ou 3,00€ parce qu'ils vont aller acheter un litron de rouge et puis ils vont picoler un truc épouvantable. Bah la santé oui après y a la santé morale, la santé physique, tout ça ça a des conséquences évidemment... Mais malheureusement je fais pas partie du SAMU social et je peux pas trop... Et j'avoue que c'est pas non plus, pour être franc, c'est pas non plus un type de médecine que... enfin moi je préfère m'occuper de jeunes qui font du sport plutôt que...

H : Pourquoi c'est pas le type de médecine qui vous intéresse ?

N10 : Bah parce que c'est très frustrant, parce qu'on n'y arrive pas, moi je trouve qu'on n'y arrive pas. Les alcooliques chroniques, combien il y en a qui s'en sortent ? C'est effrayant, les mecs qui se droguent c'est pareil. Vous voyez, moi je trouve qu'on n'a pas de résultat, c'est pour ça que j'admire les gens qui font de l'addictio parce que c'est vivre dans l'échec quasiment en permanence, et ça moi j'aime pas trop. Ca me...

H : Vous vous sentez impuissant.

N10 : Oui et puis c'est des gens qui nous prennent énormément de temps et en fait on n'a pas de retour, ils arrivent pas à accepter, ils arrivent pas à guérir, ils arrivent pas à se traiter, ils disent oui tout le temps mais ils font jamais, moi pour moi c'est insupportable les gens qui font ça... Au bout de 3, 4 fois c'est bon quoi, comme les diabétiques on a accepté le truc et ils ont toujours une hémoglobine glyquée à 9 et vous leur dites « mais ça y'a ça, vous faites ça », « ah ouais mais bon... », enfin... c'est usant, moi je suis content quand ils ont leur hémoglobine glyquée à 6,5 hein, et je les félicite... mais bon après quand c'est tout le temps, tout le temps, redire les mêmes choses, et puis même avec les diététiciennes, avec tout le monde, les infirmières... quand on rabâche et qu'on n'arrive à rien, il y a un moment où il faut se dire « bon ben... c'est leur choix », si leur choix c'est ça bah tant pis on va pas s'occuper d'eux quoi, enfin on peut s'occuper d'eux mais on va pas... Enfin bon, c'est vrai que moi c'est pas la médecine qui me branche le plus, j'aurais pas fait de médecine esthétique non plus par exemple, j'aurais pas fait... *rire*. C'est pareil la précarité elle vient aussi du fait que les gens ne comprennent pas, quand vous leur expliquez quelque chose et que ils comprennent rien, soit parce qu'ils comprennent rien soit parce qu'ils veulent bien pas comprendre rien, parce qu'ils le font exprès, ou alors vraiment ils comprennent pas, parce que ben vous arrivez pas à leur expliquer clairement... Hier tiens N**** elle me dit... il y a une patiente algérienne qui nous avait apporté des dattes d'Algérie, qui sont délicieuses, et elle me dit, la patiente elle me dit « oh vous pouvez en manger vous savez il n'y a pas de sucre dans les dattes », je dis « pardon il y a pas de sucre dans les dattes ? », « nan mais c'est du bon sucre », « ah oui du bon sucre... », attends y a peut être des vitamines, y'a plein de trucs dans les dattes mais le sucre... Alors je regarde, il y a 70 g de sucre pour 100 g de dattes quoi, alors j'ai regardé quand même pour vérifier, alors c'est vrai il y a plein de sels minéraux, plein de trucs : des vitamines, des trucs intéressants... mais bon, si on est diabétiques bah faut éviter de manger... mais c'est tellement bon *rire*. Ouais voilà, qu'est-ce que je pourrais dire d'autre ? Je sais pas moi c'est très frustrant, c'est très frustrant d'essayer d'aider les gens puis qu'au bout du compte... il

faut être un saint pour accepter de faire ça toute sa vie quoi, parce que au bout du compte on finit par... moi je me lasse, honnêtement je me lasse. Je me lasse quand les gens ils en peuvent plus, y a des moments je leur dis : « bah écoutez... ». Il y'a un mec un jour qui venait tous les 4 mois, parce que moi je fais des traitements pour les diabétiques tous les 4 mois, il venait avec son camembert sur clé USB, il me donnait sa clé USB, je rentrais sa clé, je prenais ses camemberts, ses glycémies machin et puis je dis « mais pourquoi on n'y arrive pas quoi ? », il me dit « en fait je prends pas vos médicaments parce que vous m'empoisonnez avec », « ok je vous empoisonne mais ça fait 1 an, 2 ans que je vous fais des courriers tous les ans pour aller voir un endocrinologue pour qu'il vous explique parce que manifestement vous me faites pas confiance, si vous pensez que je vous empoisonne », eh ben non, il continuait à venir...

// coupé //

H : Donc on a parlé de l'influence de la précarité sur l'état de santé, bon les difficultés ressenties en présence de patients en grande précarité on a parlé aussi hein concernant cette frustration, ce sentiment d'impuissance principalement, est-ce qu'il y avait d'autres difficultés ?

N10 : Au bout du compte, parce qu'au début on essaye d'être tonique et dynamique et on va dire de... de les aider, mais à un moment on se rend compte qu'on n'y arrive pas quoi, c'est vrai que c'est très frustrant.

H : Est-ce qu'il y a d'autres difficultés que vous avez rencontrées ?

N10 : D'autres difficultés ?

H : D'autres difficultés dans la prise en charge de ces patients ?

N10 : De ces patients-là, ou des patients en général ?

H : Non, des patients en grande précarité ou en précarité.

N10 : Non je crois pas.

H : Ok, est-ce vous avez déjà mobilisé des ressources internes ou externes...

N10 : Alors ça c'est des paroles de jeunes ça *rire* moi je parle pas comme ça moi *rire*.

H : Qu'est-ce que vous entendez quand je vous parle de ressources ?

N10 : Alors des ressources internes c'est dans mon fort intérieur et des ressources externes c'est l'infirmière *rire*.

H : *rire* Est-ce que vous avez déjà sollicité des aides ou des choses comme ça... ?

N10 : Alors oui un jour, ça ça m'a choqué ça, un jour un patient marocain ou algérien je ne sais plus, qui parlait pas français ou très mal, très très mal, et il était complètement déprimé et je l'ai envoyé à un médecin psychiatre qui était d'origine marocaine ou algérienne, qui parlait arabe, et je lui ai mis dans le courrier que je lui adressais spécifiquement parce qu'il parlait la même langue, et il a été furieux.

H : Bah moi ça me choque pas, je trouve que c'est plutôt du bon sens.

N10 : Moi non plus, et je lui ai dit « je préfère vous l'adresser dans la mesure où vous parlez sa langue, la communication sera plus facile ». Il m'a insulté, parce qu'il avait l'impression que je me débarrassais du patient peut-être, je sais pas. Incroyable quoi. Moi je serais incapable de parler avec quelqu'un qui parle pas ma langue et surtout en plus en psychiatrie quoi.

// coupé //

N10 : Mais bon, oui donc là cette diabétique, ben je l'avais envoyée en endocrino en disant que moi je n'arrivais pas à gérer son problème, elle comprenait rien et moi je comprenais rien, et je dis « bah peut être que vous aurez quelqu'un dans votre service... » et pareil on m'avait dit « beh non attends c'est pas... », parce que à l'hôpital il a quand même la possibilité de trouver des gens qui parlent le portugais qui vont pouvoir faire de la traduction et... parce que elle elle venait toujours toute seule, je dis « mais venez avec votre fille, venez avec quelqu'un », elle n'écoutait pas quoi.

H : Donc il y a quand même cette barrière culturelle, cette barrière de la langue qui rentre en ligne de compte dans la prise en charge de ces patients et la solution que vous avez trouvé qui est d'adresser...

N10 : Alors c'est vrai qu'on peut utiliser j'ai un truc de traduction Tradmed là je sais plus comment ça s'appelle...

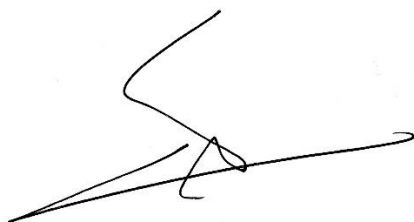
H : Mais c'est pareil, comme vous disiez tout à l'heure on ne capte pas la finesse, les nuances...

N10 : Exactement, exactement...

H : Qui sont propres à la langue et à la culture de chacun évidemment.

// coupé //

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke.

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

FENNICH Hadda

162 pages – 1 tableau – 1 figure

Résumé :

Introduction : La grande précarité désigne une situation d'extrême vulnérabilité marquée par l'accumulation de difficultés sociales, et se caractérise notamment par l'absence de logement stable. Dans un territoire comme l'Eure-et-Loir, déjà fragilisé par une faible densité médicale, explorer les représentations des médecins généralistes vis-à-vis de ces populations constitue un levier essentiel pour comprendre et améliorer l'accès équitable aux soins de santé.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative inspirée de la théorisation ancrée. Dix entretiens semi-directifs ont été menés entre mai et décembre 2024 auprès de médecins généralistes exerçant en Eure-et-Loir. Les données ont été analysées selon une approche inductive et itérative, en vue de faire émerger un modèle explicatif des représentations dans la prise en soin des patients en situation de grande précarité.

Résultats : Les représentations de la grande précarité apparaissaient hétérogènes et subjectives, façonnées par des expériences individuelles, professionnelles et par le contexte sociétal. Le contact répété avec ces patients favorisait une évolution progressive du regard médical : déconstruction des jugements initiaux, développement d'une posture plus empathique et d'un engagement renforcé, soutenus par l'acquisition de nouvelles compétences. Cette dynamique de transformation semblait conditionnée par l'existence de facteurs facilitateurs, en particulier le travail en réseau et la coordination interprofessionnelle.

Conclusion : L'évolution des représentations vers une posture plus inclusive est rendue possible par un environnement propice à la coopération et au soutien entre pairs. Ces résultats soulignent l'importance d'une formation précoce aux enjeux liés à la précarité, ainsi que d'une prise en charge pluridisciplinaire pour mieux répondre à la complexité des situations rencontrées.

Mots clés : Précarité, Représentations, Inégalités de santé, Médecine générale, Accès aux soins primaires, Recherche qualitative

Jury :

Président du Jury : Professeur Franck PERROTIN

Directeur de thèse : Docteur Nicolas CHARTIER

Membres du Jury : Professeur Emmanuel GYAN
Docteur Benoit CHAUMONT

Date de soutenance : 11 juin 2025