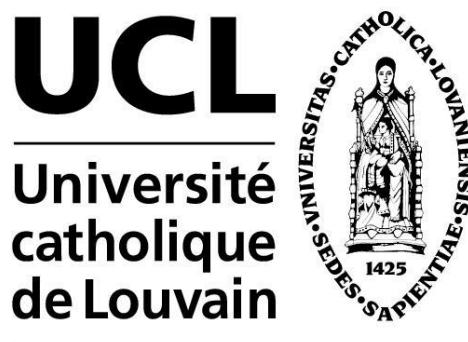




La précarité en médecine générale : perception, état des lieux et pistes de réflexion.

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de
médecins généralistes

Investigation et rédaction : Dr Julie CABO

Promoteur : Dr Chantal DUMORTIER

MASTER COMPLÉMENTAIRE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN – ANNEE ACADEMIQUE 2019-2020

REMERCIEMENTS

A Chantal Dumortier, ma promotrice et maitre de stage durant ces deux années d'assistantat pour sa disponibilité, son écoute, sa patience et son professionnalisme.

Aux médecins ayant répondu positivement et avec enthousiasme à ma demande d'interview. Votre expérience, votre personnalité, votre intérêt pour cette problématique ont permis à ce TFE d'être ce qu'il est !

A Gaëlle Fonteyne, coordinatrice de l'ASBL Promo Santé & MG, d'avoir pris le temps de me recevoir pour discuter et m'aiguiller à travers ce sujet.

A mes collègues et amies, Marie-Catherine et Madeline, de m'avoir soutenue dans mes moments de doute, de m'avoir écoutée, de m'avoir conseillée et d'être de ces personnes sur qui on peut compter !

A l'ensemble de l'équipe de la Maison Médicale de m'avoir soutenue dans ce travail et de m'avoir aménagé du temps pour les interviews et la rédaction.

A mes parents pour leurs encouragements, leur soutien sans faille, leur confiance en moi durant ces sept années d'études et ces derniers mois consacrés à l'élaboration de ce TFE. Un merci tout particulier à mon papa pour la tâche ardue de relecture et de correction de la syntaxe.

A Rémy, présent depuis le début de ces années de médecine, pour sa patience, son soutien, ses mots toujours adéquats pour me remettre sur le droit chemin et pour ses conseils avisés dans la rédaction de ce TFE.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIÈRES	4
GLOSSAIRE	7
RÉSUMÉ	8
I. INTRODUCTION	9
1. CHOIX DU SUJET	9
2. GÉNÉRALITÉS	10
3. CONTEXTE ACTUEL	10
A. EPIDÉMIOLOGIE	10
B. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	11
4. ÉMERGENCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE	12
5. OBJECTIFS	12
II. MÉTHODOLOGIE	13
1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	13
2. TYPE D'ÉTUDE	13
3. MOTS-CLÉS DE RECHERCHE	14
III. RÉSULTATS	15
1. PRÉSENTATION DES MÉDECINS INTERROGÉS	15
2. CONNAISSANCES DES PARTICIPANTS	15
A. DÉFINITION DE LA PRÉCARITÉ	15
B. IMPACT DE CETTE PRÉCARITÉ SUR LA SANTÉ	16
C. PATHOLOGIES PLUS FACILEMENT RENCONTRÉES	17
3. REPRÉSENTATIONS ET OPINIONS	18
A. PRÉCARITÉ ET MÉDECINE GÉNÉRALE : 5 MOTS CLÉS	18
B. CARACTÉRISTIQUES DU DERNIER PATIENT PRÉCARISÉ VU EN CONSULTATION	19
C. IMPORTANCE DES VISITES À DOMICILE	19

D.	EVOLUTION DE LA PRATIQUE	20
4.	DIFFICULTÉS RENCONTRÉES.....	21
5.	CONNAISSANCES DE L'ENVIRONNEMENT MÉDICO-SOCIAL.....	22
A.	LA NÉCESSITÉ DE TENIR COMPTE DE LA SITUATION SOCIALE DU PATIENT POUR OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE	22
B.	COLLABORATION AVEC UN SERVICE SOCIAL	23
6.	BESOINS IDENTIFIÉS / FORMATION	23
A.	IMPRESSION D'AVOIR ÉTÉ SUFFISAMMENT FORMÉ DURANT LES ÉTUDES.....	23
B.	BESOIN/ INTÉRÊT D'INFORMATIONS SUR LE RÉSEAU ?	23
C.	AVIS SUR L'OUTIL QUE PROPOSE LE COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE FRANÇAIS POUR RECUEILLIR LA SITUATION SOCIALE DU PATIENT DANS SON DOSSIER MÉDICAL	24
7.	AVIS SUR LA DÉFINITION PROPOSÉE PAR UN MÉDECIN DANS UN REPORTAGE VIDÉO CRÉÉ PAR L'ASBL PROMOSANTÉ & MG.....	25
IV.	DISCUSSION	27
1.	LIMITES ET BIAIS.....	27
A.	BIAIS DE MÉTHODE	27
b.	BIAIS DE SÉLECTION	27
C.	BIAIS DE SINCÉRITÉ	27
D.	BIAIS DE RÉPONSES INATTENTIVES	28
E.	BIAIS « PERSONNEL »	28
2.	INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS	28
A.	CONNAISSANCES ET DÉFINITION.....	28
B.	REPRÉSENTATIONS ET OPINIONS	31
C.	FREINS ET BARRIÈRES	32
D.	RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?	35
E.	OUTILS D'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE	35
V.	CONCLUSION	40
	BIBLIOGRAPHIE.....	42

ANNEXES.....	44
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	44
ANNEXE 2 : ENTRETIEN N°1 DU 24/02/2020	46
ANNEXE 3 : ENTRETIEN N°2 DU 26/02/2020	53
ANNEXE 4 : ENTRETIEN N°3 DU 27/02/2020	59
ANNEXE 5 : ENTRETIEN N°4 DU 27/02/2020	65
ANNEXE 6 : ENTRETIEN N°5 DU 28/02/2020	69
ANNEXE 7 : ENTRETIEN N°6 DU 04/03/2020	74
ANNEXE 8 : ENTRETIEN N°7 DU 05/03/2020	79
ANNEXE 9 : ENTRETIEN N°8 DU 06/03/2020	85
ANNEXE 10 : ENTRETIEN N°9 DU 16/04/2020 (ENTRETIEN TÉLÉPHONIQUE VU ÉPIDÉMIE).....	89

GLOSSAIRE

ASBL : Association Sans But Lucratif

CDLH : Cebam Digital Library for Health

CMG : Collège de Médecine Générale

CPAS : Centre Public d'Action Sociale

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

GLEM : Groupe Local d'Evaluation Médicale

ISS : Inégalités Sociales de Santé

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

MG : Médecine Générale

NDLR : Note de la rédaction

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TFE : Travail de fin d'étude

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : La santé est décrite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » [1]. L'aspect social que cette définition souligne se retrouve dans le lien indéfectible qui existe entre précarité et santé. Le médecin généraliste se retrouve, bien malgré lui, être le témoin privilégié de cette précarité à travers la santé. Le but de cette étude est de révéler la perception de la précarité des médecins généralistes au sein de leur pratique et de leur fournir à l'issue de ce travail des outils pour prendre en compte cet aspect social.

MÉTHODOLOGIE : Des entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès de neuf médecins généralistes de tous les horizons pour évaluer leur perception de la précarité au sein de leur pratique. Les résultats obtenus ont ensuite été analysés de manière qualitative.

RÉSULTATS : La perception de la précarité par le médecin généraliste a été analysée selon cinq thèmes différents : connaissances, représentations et opinions, difficultés, environnement médico-social et besoins. D'une part, le médecin généraliste apporte une définition de la précarité éminemment variée, sans doute conditionnée par sa pratique. D'autre part, ses difficultés majeures rencontrées dans sa prise en charge du patient, dit précaire, sont l'aspect chronophage, les tensions émotionnelles et le suivi. De cette étude, ressort ainsi une divergence de points de vue dans l'intégration de cet aspect social au sein du travail médical.

CONCLUSION : Un besoin de formation et d'information sur le sujet paraît incontournable. Cette perception de la précarité est tellement personnelle et conditionnée par le vécu individuel de chacun qu'aucune recommandation de bonne pratique ne peut exister. Néanmoins, des outils et pistes de réflexion ressortent de la littérature. Ainsi, afin d'intégrer la notion de précarité au sein de la pratique de médecine générale, il convient de prendre en considération les déterminants sociaux (*liés aux ressources personnelles, d'ordre structurel, liés à l'environnement social, à l'accès culturel aux ressources de santé, la société et les comportements à risque, l'estime de soi ou les compétences sociales*) [2].

MOTS-CLÉS : Précarité, Médecine générale, Inégalités sociales de santé, Accès aux soins

INDEXATION : QC3 – Z01 ; QD14 ; QS41 ; QR31¹

¹ CISP-2, Q-Codes version 2.5

I. INTRODUCTION

1. CHOIX DU SUJET

J'ai commencé mes études de médecine, il y a maintenant neuf ans, en voulant devenir médecin généraliste. En effet, j'appréciais particulièrement la proximité et l'aspect social que cette pratique propose. Je me suis donc naturellement tournée vers une pratique de groupe au sein d'une maison médicale pour y débiter mon assistanat. Cette pratique pluridisciplinaire incluant une collaboration étroite avec le service social m'a tout de suite plu et m'a permis d'être confrontée à de nombreuses situations de précarité chez mes patients. Et cela m'a interpellée à différents niveaux.

Premièrement, l'accessibilité aux soins de santé n'est pas optimale malgré une bonne organisation de notre système de soins en Belgique.

Deuxièmement, j'ai pu apprécier le rôle crucial du médecin généraliste chez les patients précaires, nous considérant comme « confident » et conseiller à des moments cruciaux de leur vie. Nous sommes parfois leur seul repère dans un quotidien souvent tumultueux.

Troisièmement, ces patients en situation de précarité sont indubitablement soumis à des stéréotypes, raison pour laquelle j'ai voulu approfondir cette notion en m'entretenant avec des médecins généralistes de tous horizons.

Face à ces différentes interpellations, j'ai voulu m'intéresser davantage à la problématique. Notamment en allant à la rencontre de médecins généralistes afin de faire ressortir leur perception de la précarité au sein d'une pratique variée tant au niveau du type de pratique (association, médecin solo et maison médicale) que de la zone de pratique (urbaine, rurale, semi-rurale).

J'ai conscience qu'il s'agit d'un sujet social, loin de la rigueur du monde scientifique qui nous a été enseigné durant nos années universitaires. Il n'en reste pas moins un sujet intéressant tant la problématique est fréquente, voire quotidienne, et impacte la santé de nos patients. Ainsi, j'espère au moins éveiller l'intérêt d'une prise en charge holistique du patient précaire en médecine générale en analysant les perceptions des praticiens tout en proposant, à la lumière de la littérature, des implications pratiques.

2. GÉNÉRALITÉS

La santé est définie comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité* » selon le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé [1].

Cette définition aborde différentes facettes de la santé, qui ne se résume pas à un bien-être physique. Plus tard, la charte d'Ottawa (1986), réalisée suite à la première Conférence internationale pour la promotion de la santé [3], va plus loin et énonce les moyens nécessaires pour être en bonne santé selon la définition de l'OMS et de ce fait, amorce le lien entre précarité et santé [4]. En effet, les conditions indispensables à la santé selon cette charte sont les suivants : *se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un éco-système stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable* [3]. Dès lors, une personne est considérée comme précaire si une de ces conditions n'est pas respectée. Cela rejoint la proposition de définition énoncée, un an plus tard, en 1987, par Wresinski dans son rapport sur la « Grande Pauvreté et la précarité économique et sociale » : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.* » [5]

Ainsi, le lien entre précarité et santé n'est plus à démontrer [6,7].

3. CONTEXTE ACTUEL

a. EPIDÉMIOLOGIE

En Belgique, le dernier rapport du Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale montre que *les personnes ayant un statut social plus bas sont souvent en moins bonne santé* [8]. Cela se définit par les inégalités sociales en santé. Quelques exemples :

- L'espérance de vie chez les hommes à 50 ans est la plus basse chez les personnes les moins instruites
- La qualité de vie liée à la santé augmente significativement avec le niveau d'instruction.

Cela avait déjà été mis en évidence dans le rapport de la Fondation Roi Baudouin, publié en 2007, qui constatait *que la santé n'était pas équitablement répartie parmi les Belges et même extrêmement inégale*. Ce constat s'illustre notamment par la mortalité « *Quand on est situé tout en bas de l'échelle sociale, on meurt en moyenne 3 à 5 ans plus tôt que quand on se trouve en haut de l'échelle* » [9].

b. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Une étude menée en 2008 au sein de 22 pays européens démontre le lien entre inégalités de santé et le statut socio-économique. Selon cette étude, les inégalités en terme de mortalité et d'autoévaluation de la santé en fonction du statut socio-économique varient selon des amplitudes différentes d'un pays à l'autre. Ces inégalités peuvent être réduites par une amélioration des comportements liés à la santé et une augmentation de l'accessibilité aux soins. [10]

Dans ce contexte, le médecin généraliste est le *témoin privilégié des inégalités sociales de la santé* [11]. De fait, notamment de par son accessibilité géographique et financière, de la relation de confiance qui s'installe [7], le médecin généraliste occupe une place centrale pour intégrer la dimension sociale de la santé.

Le rapport de performance du système de santé belge de l'année 2019 du KCE souligne également que les personnes défavorisées ont une meilleure continuité des soins par leur relation privilégiée avec un médecin généraliste attitré par rapport aux personnes favorisées ainsi que vis-à-vis des médecins spécialistes [12].

Dès lors, si une réduction des inégalités passe par une amélioration des comportements liés à la santé et par une augmentation de l'accessibilité aux soins, le médecin généraliste y occupe une place centrale.

4. EMERGENCE DE LA QUESTION DE RECHERCHE

Eu égard à la place centrale du médecin généraliste auprès des patients dits précaires, il paraît intéressant d'analyser leur perception, leur implication et leur efficacité dans ce rôle.

Ainsi, je vais tenter de répondre aux interrogations suivantes :

- Comment les généralistes perçoivent-ils la précarité au sein de leur pratique ?
- Se sentent-ils concernés par cet aspect social du métier de médecin généraliste ?
- Quelles pistes pour ne pas accentuer ces inégalités sociales de santé (ISS) ?

5. OBJECTIFS

- Faire ressortir la perception de la précarité au sein des pratiques variées des médecins de première ligne.
- Constater les connaissances des médecins généralistes par rapport à cette problématique mais également les moyens mis en œuvre par notre système de soins pour y lutter.
- Donner des pistes de réflexion et d'action pour intégrer ce concept de précarité dans la pratique quotidienne de médecine générale.
- Proposer un outil concret de « dépistage » de la précarité en médecine générale.

II. MÉTHODOLOGIE

1. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

Dans un premier temps, je me suis rendue sur le site CDLH en y introduisant des mots-clés en anglais et en français (*Précarité, Médecine générale, Inégalités sociales de santé, Accès aux soins*) balayant assez largement le sujet. A ce niveau, j'ai dû constater une carence d'articles traitant mon sujet sans doute au vu de la dimension sociale de celui-ci... Néanmoins, deux rapports récents du KCE ont permis de forger les bases de ma réflexion.

Parallèlement à cette recherche, j'ai interrogé différents moteurs de recherche, notamment Google et Google Scholar, pour étoffer ma recherche. Je me suis également redirigée vers le site « Education Santé », conseillé dans le guide de rédaction du TFE, lequel m'a permis de prendre connaissance de l'ASBL « PromoSanté et MG » dont les missions rejoignent le sujet de mon TFE.

Dans un second temps, j'ai contacté par mail la coordinatrice de l'ASBL pré-citée qui a pu me conseiller différentes ressources. Nous avons également pu nous rencontrer afin de discuter du sujet et ainsi orienter mes recherches. En particulier, un livre « *Les médecins généralistes face au défi de la précarité* » écrit par Caroline De Pauw, docteur en sociologie ainsi qu'un documentaire vidéo créé par cette ASBL, m'ont aidée grandement dans l'élaboration de ce TFE. Ce film reprend des témoignages de patients précaires et de médecins généralistes discutant de différentes thématiques autour de la précarité, de la santé et de la relation médecin-patient.

Je voudrais souligner la prépondérance de la littérature française dans ma recherche, dont le sujet a été traité à de multiples reprises.

2. TYPE D'ÉTUDE

J'ai choisi de réaliser une étude qualitative car ma question de recherche et les objectifs que je m'étais fixés s'y prêtaient. En effet, voulant aborder la question de la précarité en médecine générale et plus particulièrement la perception qu'en avaient les médecins généralistes, cette méthode m'a semblé la plus judicieuse. Ensuite, j'ai préféré réaliser des entretiens individuels semi-dirigés par rapport aux focus groupes car la question de la perception de la précarité au

sein de sa pratique est assez personnelle et des entretiens individuels étaient plus propices à la liberté d'expression de chaque intervenant.

Neuf médecins généralistes ont répondu positivement à ma demande par mail. Différents profils de médecins avaient été, sciemment, contactés afin de viser une hétérogénéité vis-à-vis des modes de pratique (solo, association, maison médicale), des lieux de pratique (urbain, rural et semi-rural), de l'âge et du sexe.

Sept médecins contactés exercent en Wallonie Picarde, région où je réalise mon assistantat et le choix a été fait en concertation avec ma promotrice.

En outre, j'ai contacté la coordinatrice de PromoSanté et MG qui m'a conseillé deux médecins membres de l'ASBL ayant une expérience quotidienne de la précarité.

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien préétabli (annexe 1) abordant les thèmes suivants : « parcours professionnel », « connaissances/statistiques », « représentations/opinions », « difficultés rencontrées », « connaissances de l'environnement médico-social », « besoins identifiés/formations ».

3. MOTS-CLÉS DE RECHERCHE

Les mots-clés utilisés seuls ou en association sont les suivants :

- Précarité
- Médecine générale
- Inégalités sociales de santé
- Accès aux soins

III. RÉSULTATS

1. PRÉSENTATION DES MÉDECINS INTERROGÉS

Neuf médecins ont accepté de participer aux entretiens semi-dirigés (tableau 1). La durée des entretiens varie de 9 minutes et 10 secondes pour le plus court à 39 minutes et 3 secondes pour le plus long. Pour les huit premiers entretiens, je me suis rendue sur le lieu de travail des différents médecins tandis que pour le neuvième entretien, l'épidémie de coronavirus m'a obligée à m'entretenir par téléphone avec le médecin.

Entretien	Sexe	Age	Expérience professionnelle	Milieu de pratique	Type de pratique	Province d'exercice
N° 1	F	55 ans	30 ans	Urbain	Maison médicale au forfait.	Hainaut
N° 2	H	70 ans	45 ans	Semi-rural	Maison médicale à l'acte	Hainaut
N°3	F	29 ans	5 ans	Urbain	Maison médicale au forfait	Hainaut
N°4	H	70 ans	45 ans	Rural	Solo	Hainaut
N°5	F	33 ans	7 ans	Rural	Association	Hainaut
N°6	F	42 ans	15 ans	Rural	Solo	Hainaut
N°7	H	51 ans	26 ans	Rural	Association	Namur
N°8	H	62 ans	38 ans	Urbain	Solo	Hainaut
N°9	F	44 ans	17 ans	Urbain	Maison médicale au forfait	Bruxelles

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des participants

2. CONNAISSANCES DES PARTICIPANTS

a. DÉFINITION DE LA PRÉCARITÉ

Face à la question de leurs connaissances par rapport à la précarité en médecine générale et plus précisément de la définition qu'il pouvait me donner de la précarité, 5 médecins sur 9 m'ont donné une définition précise, se rapprochant de la définition proposée par Wreskinski. (cfr p.8)

« Une personne qui n'a pas accès pour quelque raison que ce soit, aux soins primaires minimum »
(Entretien N°1)

« Personne précarisée, pour moi c'est une personne qui déjà au niveau financier ne touche pas un revenu minimum auquel il a droit et donc qui est en-dessous de ce revenu-là et qui du coup, ne peut pas subvenir à ses besoins comme il le veut. » (Entretien N°3)

« Pour moi, la précarité, c'est quand les gens commencent à devoir faire le tri dans leurs priorités. » (Entretien N°5)

« Un patient est en situation de précarité s'il cumule 2 facteurs de précarité à savoir la précarité financière mais aussi d'emploi, de logement, de santé mentale, de liens sociaux, etc... » (Entretien N°7)

« Ne pas avoir accès aux besoins élémentaires dont n'importe quel être humain peut avoir besoin à savoir un logement salubre, un accès aisé à une nourriture et de préférence à une nourriture saine (...), un accès aux soins de santé sans être limité au niveau financier et puis alors, je dirais aussi que ça inclut l'isolement social parce que ça accroît la précarité et la précarité accroît l'isolement donc c'est un cercle vicieux. » (Entretien N°9)

b. IMPACT DE CETTE PRÉCARITÉ SUR LA SANTÉ

A la question de savoir si cette précarité impacte la santé, 8 médecins sont 9 sont catégoriques sur leur réponse.

« C'est sûr » (Entretien N°2) ; « Oui, d'office ! » (Entretien N°3) ; « Clairement » (Entretien N°5) ; « Oui, c'est démontré, ce n'est même plus un avis ! » (Entretien N°7)

Un seul médecin a une réponse moins catégorique sur le sujet ...

« Probablement... S'il doit y en avoir, oui obligatoirement... » (Entretien N°4)

C. PATHOLOGIES PLUS FACILEMENT RENCONTRÉES

La majorité des médecins (7/9) a énoncé différentes pathologies qui étaient, pour eux, plus facilement rencontrées dans cette population.

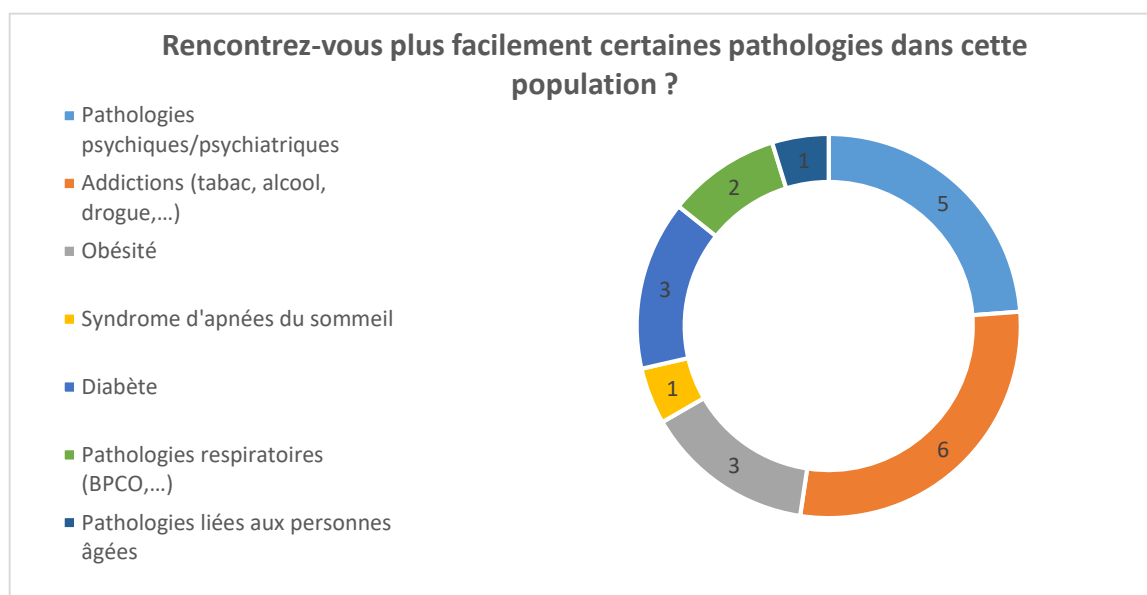


Figure 1: Liste et récurrence des pathologies rencontrées plus fréquemment chez les patients en situation de précarité, citées par les intervenants.

Les deux autres médecins estiment ne pas rencontrer plus facilement certaines pathologies que d'autres au sein de cette population même si l'un d'eux souligne quand même que « *Oui, il y a la mauvaise santé liée à l'hygiène, à la dénutrition mais on retrouve exactement toutes les mêmes pathologies.* » (Entretien N°3)

3. REPRÉSENTATIONS ET OPINIONS

a. PRÉCARITÉ ET MÉDECINE GÉNÉRALE : 5 MOTS CLÉS

Cinq médecins sur neuf ont su me donner 5 mots-clés qui leur venaient à l'esprit par rapport à « précarité et médecine générale » avec une grande variabilité de réponse.

Entretien N°1	Entretien N°5	Entretien N°6	Entretien N°7	Entretien N°9
• Santé mentale • Décrochage scolaire • Refuge illusoire (dépendance) • Logement / Manque de logement • Dépression / Tristesse	• Pathologies liées • Problème d'argent • Problème de milieu social • Problème d'accès aux soins • Soins à domicile	• Logement • Alimentation • Tabac • Alcool • Chômage « on aurait tendance à dire chômage mais je ne suis pas d'accord, pas tout le temps... »	• Vulnérabilité • Faiblesse • Priorités / Priorisation • Prévention • Déterminants de la santé	• Démuni • Injustice • Fracture numérique • Difficultés dans la vie de tous les jours • Inégalités

Tableau 2 : Enoncé de 5 mots-clés à propos de « précarité et médecine générale » par 5 médecins interrogés

Un médecin ne m'en a pas donnés en me disant : « Je n'ai pas de mots-clés pour définir ça parce que ça fait tellement partie de la pratique. » (Entretien N°3)

Un autre médecin n'a pas su m'en donner non plus estimant qu'il n'avait pas de gros soucis avec la précarité « C'est une question un peu difficile ça... Disons question d'argent certainement mais sinon, moi je n'ai pas de gros soucis donc je ne vois pas vraiment... » (Entretien N°4)

b. CARACTÉRISTIQUES DU DERNIER PATIENT PRÉCARISÉ VU EN CONSULTATION

Un médecin n'a pas su me donner de réponse car la définition de patient précarisé est difficile pour lui. « *Mais qu'est-ce qu'on appelle précaire justement, c'est ça la grande difficulté...* » (Entretien N°4)

Les huit autres médecins ont donné différentes caractéristiques, illustrées ci-dessous.

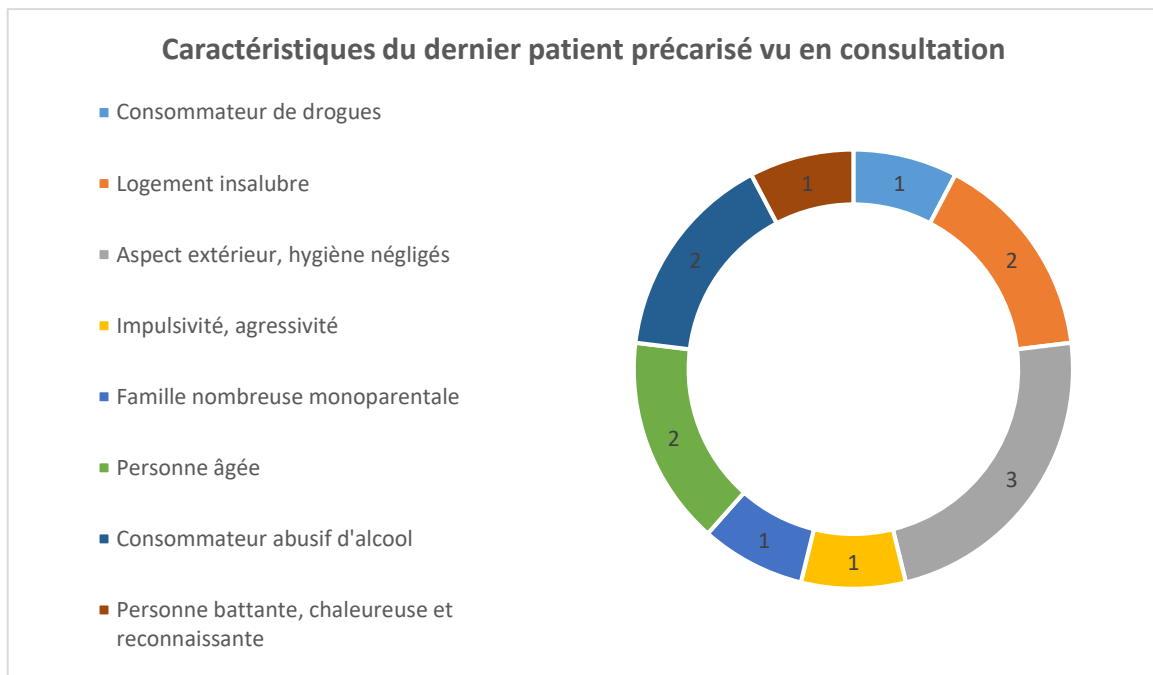


Figure 2: Liste et récurrence des caractéristiques du dernier patient précaire vu en consultation, citées par les intervenants.

c. IMPORTANCE DES VISITES À DOMICILE

Quand on aborde la question des visites à domicile, les médecins sont unanimes concernant leur importance. Tous les médecins (9/9) trouvent que ces visites sont importantes dans la prise en charge de ces patients notamment en se rendant compte de certaines choses non perçues en consultation.

« *Moi je trouve que c'est hyper important mais je reconnais que je n'en fais pas assez. (...) Je suis celle qui en fait le moins même si, c'est très très riche d'aller chez eux et moi je trouve qu'ils sont fiers qu'on aille chez eux, même parfois quand c'est le brol...* » (Entretien N°1)

« *Le fait d'avoir été à domicile, j'ai compris beaucoup de choses. Et je me suis dit, il faut que je la ferme, c'est vraiment quelqu'un qui fait son possible quoi !* » (Entretien N°2)

« (...) parfois on est bien étonné de voir la différence entre ce qu'on voit en consultation où souvent, généralement 1 patient sur 2, essaye de bien paraître quand il vient consultation et donc il prend un peu plus soin de lui, il a moins bu, il s'est un peu plus parfumé ou il a été se laver justement le seul jour où il devait voir le médecin (...). Quand on va à domicile, c'est généralement là qu'on se prend une belle claque parce qu'on voit qu'ils vivent dans une insalubrité énorme (...) et c'est là qu'on se rend compte qu'il y a de grosses misères qu'on ne voit pas en consultation. Donc la visite à domicile, elle permet, parfois mais pas tout le temps, de se rendre compte de certaines situations qui étaient cachées par le patient qui en a honte la plupart du temps. » (Entretien N°3)

« Ça permet d'en prendre conscience et de comprendre que les gens essayent quand même de s'en tirer par le haut mais avec les moyens qu'ils ont et qui sont parfois bien en deçà de ce qu'on imagine au départ. » (Entretien N°7)

« Oui ça c'est clair parce que ça permet certainement d'avoir certaines explications de l'état de santé quand on voit parfois l'état des logements, l'insalubrité, ... ça permet de comprendre certaines choses... » (Entretien N°8)

Notons quand même que deux médecins travaillant en maison médicale en zone urbaine notifient aller peu en visite à domicile de par leur pratique mais le regrettent. *« Moi je trouve que c'est hyper important mais je reconnais que je n'en fais pas assez. (...) c'est tout à fait différent de voir des gens chez eux et ici, ça s'est certain » (Entretien N°1)*

d. EVOLUTION DE LA PRATIQUE

A cette question, les avis sont éminemment divergents...

Deux médecins estiment qu'ils n'ont pas vu d'évolution de leur pratique face à ces patients en situation de précarité. (Entretiens 4 et 8)

Un médecin est plus nuancé sur la question. *« Oui et non parce qu'en fait j'ai commencé directement ici. (NDLR : en maison médicale) » (Entretien N°3)*

Un médecin remarque moins de grande précarité actuellement par rapport au début de sa pratique, ce qu'elle lie avec le début de sa pratique rurale (Entretien N°6)

Quatre médecins remarquent une augmentation de la précarité par rapport au début de leur pratique.

« Oui, tout à fait ! Et la précarité change ! » (Entretien N°1)

« La précarité, elle augmente ! Maintenant, moi j'ai dû changer aussi, avec l'âge on relativise beaucoup. » (Entretien N°2)

« Oui, une aggravation. (...) tant en nombre qu'en gravité. » (Entretien N°7)

« Ah oui ! Ici, ça fait 7 ans que je travaille ici et je dirais que tous les ans, ça se dégrade ! Et je dirais que même ces dernières années, depuis 2-3 ans, ça se dégrade encore plus vite ! C'est une catastrophe ! » (Entretien N°9)

Finalement, le dernier médecin a vu une évolution de sa pratique dans le sens où elle est plus sensible aux patients en situation de précarité actuellement qu'au début de sa pratique. (Entretien N°5)

4. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

La réponse a été presque aussi variée que le nombre de médecins interrogés.

Deux médecins ont estimé ne pas rencontrer de difficultés dans la prise en charge de ces patients.

« J'ai bien plus facile avec ces gens-là qu'avec la petite bourgeoisie citadine. En plus, on a une place importante. » (Entretien N°1)

« Je réfléchis à ça (NDLR : adaptation du traitement médicamenteux), oui bien sûr ! Mais je n'ai pas de difficultés. » (Entretien N°4)

Un médecin m'avoue que la plus grande difficulté qu'il rencontre, c'est d'éviter de tomber en burnout. *« Je crois que la principale difficulté c'est surtout de ne pas passer en burnout parce qu'on ne sait plus proposer grand-chose. » (Entretien N°2)*

Les cinq autres médecins ont des réponses assez diversifiées allant de l'adaptation des prescriptions de médicaments ou d'examens complémentaire à la difficulté d'assurer le suivi...

« Les prescriptions d'examens sont compliquées... Enfin, ce n'est pas compliqué mais c'est qu'on sait que ça induit des factures. » (Entretien N°3)

« L'accès aux soins, l'accès aux médicaments, le fait que certains hésitent avant d'aller faire des examens complémentaires, le fait que je fasse attention à ce que je prescrive aux gens pour essayer de vraiment ... J'essaie de ne pas le faire, mais je ne prescris pas de la même manière pour quelqu'un

qui n'a pas d'argent que pour quelqu'un qui n'aura pas de soucis à aller à la pharmacie. » (Entretien N°5)

« C'est parfois justement le refus d'être aidé. » (Entretien N°6)

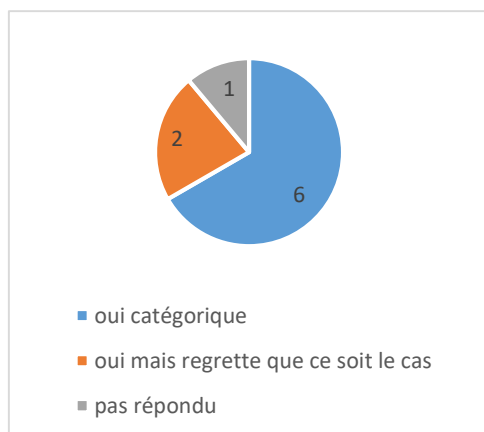
« Il y a plein de difficultés parce qu'eux-mêmes, ont une quantité d'épreuves, de difficultés à surmonter qui font que leur santé n'est pas toujours quelque chose d'important ou de prioritaire. Je pense que c'est quand même important pour eux mais ce n'est pas prioritaire. (...) Il y a plein d'autres difficultés supplémentaires qui viennent s'ajouter plus tous les déterminants de la santé qui sont non-médicaux (le logement, l'emploi,...) qui viennent nous compliquer la tâche et pour lesquels on n'est pas formé ou pas équipé et quand on fait appel aux structures pour nous aider à ce niveau-là, ils sont aussi débordés ! » (Entretien N°7)

« Je dirais le suivi surtout. Ils n'arrivent pas à voir une option à long terme pour le suivi d'une pathologie ou le suivi des conseils d'hygiène de vie, etc... C'est un peu compliqué... » (Entretien N°8)

« Les difficultés, c'est comme je disais, le fait qu'on se sente démuni par rapport à tout l'aspect médico-psycho-social. » (Entretien N°9)

5. CONNAISSANCES DE L'ENVIRONNEMENT MÉDICO-SOCIAL

a. LA NÉCESSITÉ DE TENIR COMPTE DE LA SITUATION SOCIALE DU PATIENT POUR OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE



Six médecins sont catégoriques sur le fait de tenir compte de la situation sociale du patient.

Deux médecins trouvent également que c'est indispensable mais regrettent qu'on doive le faire.

Un médecin n'a pas répondu car «*n'aime pas trop le vocabulaire d'optimisation* » (Entretien N°2)

b. COLLABORATION AVEC UN SERVICE SOCIAL

Les quatre médecins travaillant en maison médicale collaborent beaucoup avec le service social associé.

Un médecin n'a jamais contacté un service social. « *Non pas du tout, je trouve que les gens doivent se prendre en charge, je trouve que c'est important qu'ils le fassent eux-mêmes. Ça fait partie du traitement.* » (Entretien N°4)

Les quatre autres médecins contactent principalement l'assistante sociale de la mutuelle de leur patient s'ils ont un problème.

6. BESOINS IDENTIFIÉS / FORMATION

a. IMPRESSION D'AVOIR ÉTÉ SUFFISAMMENT FORMÉ DURANT LES ÉTUDES.

Les neuf médecins interrogés ont l'impression de ne pas avoir été suffisamment formés durant les études. Mais deux médecins nuancent en estimant que ce n'est pas vraiment le rôle de l'université de nous former à cela.

« *Non pas du tout. (...) Je ne sais pas si on peut former à ça. Je pense que ce n'est pas possible d'être formé à ça, on peut nous prévenir, on peut nous expliquer mais on aurait probablement besoin de plus de formation au niveau des aides disponibles, ça je pense que oui mais formé à la précarité, à part les aides disponibles, je ne vois pas comment nous préparer à ça.* » (Entretien N°5)

« *Je vais dire non mais c'est un petit non dans le sens que je pense que ce n'est pas à l'unif de former à tout. L'université doit nous former et c'est ce que je dis à mes assistants aussi, vous devez apprendre à chercher l'information et à vous former. (...) Oui, l'unif doit nous former un peu mieux à la prévention, à la promotion de la santé, ses difficultés et ça, ce n'est pas bien fait mais c'est aussi le rôle de chaque médecin de veiller à son développement, en tant qu'intellectuel, de connaissances et de capacité à faire face aux situations qu'il rencontre.* » (Entretien N°7)

b. BESOIN/ INTÉRÊT D'INFORMATIONS SUR LE RÉSEAU ?

Huit médecins sur 9 trouvent qu'une (in)formation sur le réseau local serait la bienvenue.

Un seul médecin n'est pas intéressé par cela. « *Je suis tellement individualiste, on a toujours travaillé seul que non.* » (Entretien N°4)

C. AVIS SUR L'OUTIL QUE PROPOSE LE COLLÈGE DE MÉDECINE GÉNÉRALE FRANÇAIS POUR RECUEILLIR LA SITUATION SOCIALE DU PATIENT DANS SON DOSSIER MÉDICAL.

Groupe B Indicateurs utiles	Groupe A Indicateurs indispensables	Intitulé
	X	Date de naissance
	X	Sexe
	X	Adresse
	X	Assurance maladie
	X	Statut par rapport à l'emploi
	X	Profession
	X	Capacités de compréhension du langage écrit
X		Est en couple
X		Nombre d'enfants à charge
X		Vit seul (e)
X		Pays de naissance
X		Niveau d'études
X		Catégorie socioprofessionnelle INSEE
X		Bénéfice de minima sociaux
X		Statut vis à vis du logement
X		Situation financière perçue

Figure 3: Indicateurs proposés par le CMG Français pour recueillir la situation sociale d'un patient adulte en Médecine Générale [13]

Trois médecins estiment ne pas être prêts à remplir cette tâche d'emblée au vu de son caractère intrusif :

« Impression de faire une enquête » (Entretien N°2)

« Trop violent à remplir des questionnaires. On a vite toutes les infos en apprenant à les connaître (lien de confiance) sans passer par des tableaux ou questionnements systématiques » (Entretien N°5)

« Un peu intrusif et un peu long » (Entretien N°7)

Néanmoins, deux médecins tempèrent les propos ci-dessus en soulignant le caractère bienveillant de la démarche.

« S'ils sentent que c'est bienveillant et qu'en plus, on le fait de manière non intrusive, ils répondent parce qu'ils savent très bien que c'est dans leur intérêt et que de toute façon, c'est dans le but de les aider. » (Entretien N°9)

« C'est dans leur intérêt, ce n'est pas invasif, non. » (Entretien N°4)

En outre, deux médecins émettent des doutes quant à la pertinence de deux items, la situation financière perçue et le niveau d'étude.

« La situation financière perçue, on est trompé ! J'ai un patient qui vient dans une Mercedes coupé bien entretenue mais j'ai quand même dû finalement aller chez lui et il vit dans une caravane qui est un véritable taudis ! » (Entretien N°7)

« Niveau d'étude, je crois que c'est un petit peu secondaire parce qu'il y a des gens qui n'ont pas suivi une grande formation mais qui se débrouillent très bien dans la vie. » (Entretien N°4)

Il est intéressant de souligner également que deux médecins travaillant en maison médicale estiment que recueillir la situation sociale du patient peut faire partie du rôle de l'accueillante et/ou de l'assistant social. (Entretiens N°3 et N°9)

7. AVIS SUR LA DÉFINITION² PROPOSÉE PAR UN MÉDECIN DANS UN REPORTAGE VIDÉO CRÉÉ PAR L'ASBL PROMOSANTÉ & MG

Tous les médecins (9/9) estiment que cette définition résume bien la situation des patients vivant en situation de précarité.

« C'est tout dit ! J'en ai pleins qui basculent mais parfois ils arrivent à attraper le petit truc pour se relever. Mais ce n'est pas simple... » (Entretien N°1)

« Pour moi, oui parce que ce sont vraiment des personnes qui sont fragiles de par leur précarité et cette précarité comme je disais, elle impacte plein de petites branches donc effectivement, dès qu'il y en a une qui va souffrir (...) tout prend très vite de l'ampleur et ça fait effet boule de neige » (Entretien N°2)

« Oui c'est tout à fait ça, c'est que parfois une bêtise peut les faire basculer au niveau psychologique. » (Entretien N°5)

« Oui, c'est un cumul de fragilités effectivement. (Entretien N°7) »

Cependant, certains médecins nuancent cette définition :

- Un médecin est d'accord avec cette définition en zone urbaine mais ne définirait pas la précarité de cette manière-là dans sa pratique rurale (Entretien N°6)
- Un médecin estime *« qu'au mieux c'est ça ! Au pire, il y a vraiment des gens qui sont en médiation de dettes donc qui sont déjà bien en-dessous de ça, ils ne sont plus sur le fil du rasoir, ils sont déjà tombés ! » (Entretien N°8)*

² « On pourrait décrire les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. » [14]

Un médecin interrogé considère qu'il s'agit d'un des rôles du médecin généraliste d'aider ces patients qui basculent et regrette qu'il n'y ait pas assez de médecins qui jouent ce rôle.

« Oui, un énorme rôle ! Et il n'y en a pas assez qui le jouent ! Beaucoup de médecins ont l'impression que ce n'est pas de la médecine ! Et ça pour moi, ce n'est pas vrai. » (Entretien N°1)

Un autre médecin évoque le rôle à long terme du médecin généraliste pour aider ces patients.

« Le fait de faire un travail de manière chronique mais par petite dose et se dire qu'on va tout doucement l'en sortir et le faire remonter, c'est beaucoup plus facile que de faire ça dans l'urgence et où on ne s'en sort pas et où le patient est hyper démuni, hyper fragilisé par tout ça et il n'a pas envie de faire les démarches parce qu'il est à bout. C'est donc plus facile à faire quand on arrive à le capter à des moments où il est ± bien et on peut le relever et où il peut nous aider et collaborer plus facilement... » (Entretien N°3)

IV. DISCUSSION

1. LIMITES ET BIAIS

a. BIAIS DE MÉTHODE

Le choix de l'étude qualitative s'est fait naturellement vu le sujet abordé et un guide d'entretien a été créé pour pouvoir canaliser au mieux les entretiens individuels. Si le canevas du guide d'entretien a pu être respecté pour tous les entretiens, cela m'a parfois quand même donné l'impression d'empêcher les médecins d'aller plus loin dans leur réflexion. Pour un intervenant, les questions ouvertes proposées n'étaient pas propices à la discussion et il y répondait par de courtes phrases, sans doute par évitement, justifiant cela par le fait qu'il n'était pas tellement concerné par la problématique au sein de sa pratique.

b. BIAIS DE SÉLECTION

Le choix des intervenants s'est fait de sorte à obtenir une hétérogénéité suffisante dans le profil des médecins, à savoir une mixité hommes/femmes, une mixité dans le type de pratique (association, solo, maison médicale) ainsi qu'une mixité dans la zone de pratique (urbain, rural, semi-rural) pour éviter autant que possible ce biais de sélection.

Cependant, ce choix s'est effectué avec l'aide de ma promotrice au sein des médecins de la région pouvant présenter un intérêt pour cette problématique, ce qui peut être biaisé. De plus, deux médecins, hors zone de pratique, ont été interrogés pour leur « attrait » concernant cette problématique car ils m'ont été conseillés par une ASBL traitant du sujet, dont ils font partie.

c. BIAIS DE SINCÉRITÉ

Face à un sujet aussi sensible, la tentation est grande pour les participants d'axer leur discours en occultant certains aspects négatifs et mettant en exergue les aspects positifs de leur pratique face à ce défi de la précarité. Cependant, j'espère avoir limité ce biais en posant des questions les plus neutres possibles, en abordant la question sous différentes facettes et en garantissant l'anonymat.

d. BIAIS DE RÉPONSES INATTENTIVES

L'inattention de l'intervenant peut survenir lorsque ce dernier se contente d'une attitude globale et neutre alors que le guide d'entretien tente justement de dégager les différentes facettes du sujet. La variabilité des questions proposées (brainstorming de mots-clés, avis sur une phrase, un tableau, ...), la structure et la longueur du guide d'entretien ainsi qu'une tranche horaire disponible, laissée à la meilleure convenance du médecin, permet d'éviter en partie ce biais.

e. BIAIS « PERSONNEL »

Étant une revendicatrice de la médecine sociale, l'analyse des résultats peut être teintée des propres valeurs que je défends. Le sujet est une problématique sensible et quelque peu éthique, il n'y pas de recommandations de bonne pratique à appliquer et cela peut se ressentir avec une interprétation personnelle. J'ai essayé, malgré tout, de l'occulter pour rendre une analyse objective.

2. INTERPRÉTATION ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

a. CONNAISSANCES ET DÉFINITION

Pour commencer la discussion, il est intéressant de constater la difficulté qu'ont les médecins interrogés de donner une définition précise de la précarité. Certains ont même esquivé la question tant elle paraissait compliquée. Cependant, les médecins ayant énoncé une définition insistent tous sur la composante multiple de la précarité, comme elle est définie par le Père Wresinski lors du Congrès de Grande Pauvreté et Précarité économique et Sociale en 1987 : « *La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.* » [5]

Cette définition a été reprise par le Dr Pierre Larcher en l'imageant par la métaphore du trampoline : « *L'individu est dorénavant soumis, de la part de tous ses interlocuteurs – famille, conjoint, collègues, supérieurs, administrations, commerçants, logeurs...- à des sollicitations permanentes auxquelles il doit pouvoir répondre sans délai et de façon satisfaisante, de même qu'on ne cesse de rebondir sur un trampoline* » [15]

La métaphore du trampoline

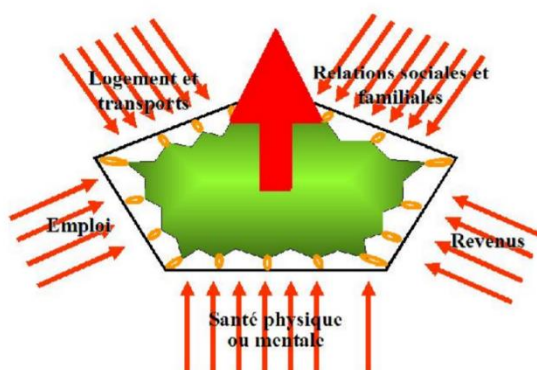


Figure 4: Métaphore du trampoline, illustrée par Benoit Turdej dans son mémoire « Précarité, analyse d'un concept »

« Pour que le rebond soit de bonne qualité, il faut que tous les élastiques reliant la toile du trampoline à son cadre soient en place et en bon état, sur chaque côté. De la même manière, toutes les sécurités que se bâtit un individu au fil de sa vie, sans même en avoir conscience, contribuent à lui donner l'élasticité qui lui permettra de rebondir dans les péripéties de l'existence » [15]

Cette métaphore rejoint la définition proposée par un médecin dans le reportage vidéo de l'ASBL PromoSanté et MG : « On pourrait décrire les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. » [14]

Tous les médecins interrogés étaient d'accord avec cette définition en insistant sur le fait qu'il s'agissait « d'un cumul de fragilités » (Entretien N°7) ou que « cette précarité impacte plein de petites branches donc effectivement, dès qu'il y en a une qui va souffrir (...) tout prend très vite de l'ampleur et ça fait effet boule de neige » (Entretien N°3)

Cette définition est l'occasion de souligner la différence entre pauvreté et précarité. Alors que la notion de pauvreté se restreint à la dimension financière d'une situation (revenu net total d'un ménage inférieur à 60% du revenu net médian équivalent), la notion de précarité englobe différentes dimensions de celle-ci (emploi, logement, éducation, revenus, justice,...) déterminant ainsi la position d'un individu dans la société. [11, 16]

En outre, il est utile également de distinguer précarité et inégalités sociales de santé. Les inégalités sociales de santé se définissent comme « des différences existant dans le domaine de santé entre les divers groupes sociaux » [17]. Ces différences sont « la conséquence d'une distribution inégale et injuste des déterminants sociaux de la santé » [2]. Cela s'illustre par la figure ci-dessous démontrant que l'état de santé d'un individu est conditionné par des déterminants sociaux. Ces derniers doivent donc être pris en

considération dans le but d'une prise en charge holistique du patient en tenant compte du contexte.

Il ne faut donc pas confondre les deux concepts mais ceux-ci sont inévitablement intimement liés. En effet, les inégalités sociales de santé permettent de caractériser une population dite précarisée [2].

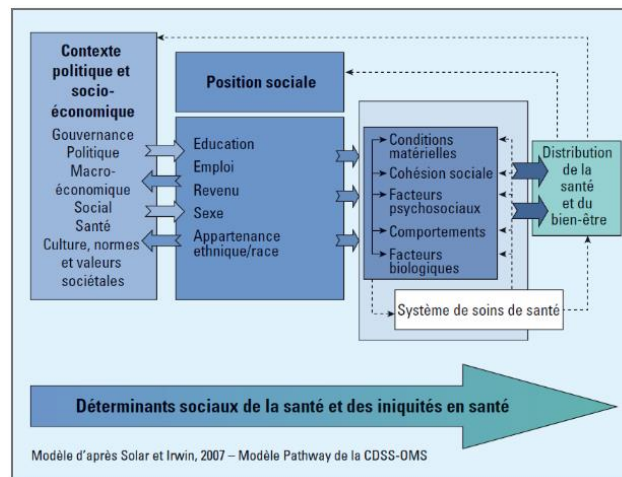


Figure 5 : Déterminants sociaux de la santé, selon Solar et Irwin [2]

Cela rejoint la question posée lors des entretiens semi-dirigés, à savoir si la précarité impacte la santé et dont la réponse positive était quasi unanime. On peut néanmoins nuancer en disant que la précarité impacte la santé à la mesure des déterminants sociaux touchés.

Comme on vient de le décrire, la précarité impacte la santé. En effet, de nombreux problèmes de santé sont liés à certains facteurs plus fréquemment rencontrés en situation de précarité comme une *alimentation de mauvaise qualité, une consommation de tabac et d'alcool élevée, des conditions de logement inadaptées, le chômage, un environnement professionnel dangereux, une sécurité quasiment inexistante et le stress* [6]. Cependant, on ne peut pas dire qu'il y ait de pathologies spécifiques de la précarité [4]. C'est également ce qui ressort des entretiens réalisés. La plupart des médecins énoncent des pathologies liées à certains facteurs, ce qui est souligné par le médecin de l'entretien n°3 : « *Oui, il y a la mauvaise santé liée à l'hygiène, à la dénutrition mais on retrouve exactement toutes les mêmes pathologies. Elles sont peut-être un peu plus fréquentes mais pas prépondérantes.* »

En somme, la précarité se révèle être le facteur de risque de pathologies variées qu'il convient de prendre en compte afin de se représenter le comportement du patient qui lorsqu'on s'y

attarde, devient plus compréhensible. En effet, une fois que l'on a saisi l'ensemble du contexte, il est plus aisé de tenir compte de ces déterminants sociaux.

Le cumul des facteurs de risque du patient précarisé implique l'importance de la prévention primaire afin de réduire les inégalités de santé. En effet, différents articles soulignent l'importance de l'amélioration des comportements liés à la santé afin de réduire les inégalités en terme de mortalité et auto-évolution de santé [7, 11, 18].

b. REPRÉSENTATIONS ET OPINIONS

La question des 5 mots-clés était demandée dans le but de mettre en évidence une quelconque stigmatisation ou caricature des patients précarisés par les médecins généralistes, comme le suggérait la littérature. En effet, l'étude sociologique réalisée par Caroline De Pauw et exposée dans le livre « *Les médecins généralistes face au défi de la précarité* », fait écho d'une perception couramment partagée de « *vrais et faux précaires* » par les médecins impliqués dans la recherche. Ces derniers font la distinction entre « *vrais précaires* », patients qui font tout pour essayer de s'en sortir et les « *faux précaires* » qui sont responsables de leur situation et ne font rien pour l'améliorer [4]. A contrario, lors de mes entretiens, aucun médecin n'a souligné cette dichotomie stéréotypée si bien qu'un médecin affirme avec vigueur « *qu'il faudrait une information pour tout le monde, qu'on ne fait pas exprès d'être précarisé, qu'il y a des inégalités dès le départ, qu'il faut arrêter le jugement, pas uniquement dans les soins de santé mais dans l'absolu, dans la société.* » (Entretien N°9)

Cependant, les caractéristiques énoncées par les médecins pour décrire le dernier patient précarisé vu en consultation mettent en évidence une grande variabilité de réponses et certains stéréotypes variés : usager de drogues, consommateur d'alcool, hygiène négligée, ... (cfr figure 2).

Une différence notable est à souligner concernant le préjugé du comportement de ces patients. Un médecin évoque l'agressivité et l'impulsivité tandis qu'un autre médecin décrit le patient précaire comme une personne battante, chaleureuse et reconnaissante. Cela s'explique par le fait que « *la question de la définition de la précarité reste révélatrice de la vision de la société par les médecins* » [4]. Le médecin fait l'expérience de la précarité au cours de sa pratique et cela conditionne son point de vue sur le sujet. « *L'expérience de la précarité*

via les patients rencontrés au cabinet va être le substrat de sa définition pour le médecin : l'analyse de sa patientèle est donc essentielle pour comprendre ses pratiques » [4].

Il est intéressant de constater qu'à l'unanimité, les médecins soulignent l'importance des visites à domicile, affirmant *« que cela permet de prendre conscience et de comprendre que les gens essayent quand même de s'en tirer vers le haut avec les moyens qu'ils ont »* (Entretien n° 7). Cet avis se superpose à ce qui est retrouvé dans la littérature à savoir que les visites sont révélatrices des conditions de vie dans lesquelles vivent le patient [7] et permettent au médecin de se rendre compte de la réalité du terrain. *« Réaliser ces visites permet au médecin de toucher du doigt la réalité de ses patients les plus précaires. » [4].*

De surcroît, elles permettent également de révéler que la seule intervention médicale ne peut tout résoudre et de la nécessité de recourir aux intervenants sociaux, unissant le médical au social pour le bien du patient [4]. *« Nos assistants sociaux vont parfois à domicile pour pouvoir montrer des choses et faire des photos par rapport au CPAS ou autre. » (Entretien N°9)*

C. FREINS ET BARRIÈRES

Prendre en charge ces patients en détresse engendre inévitablement des difficultés pour les médecins généralistes. Plusieurs freins ou barrières ont été relevés au cours des entretiens ainsi qu'à la lecture de la littérature permettant d'en souligner certains ci-dessous.

On peut toutefois noter que la violence, la non-compliance, les expériences sensorielles relayées par certaines études antérieures n'ont que très peu été énoncées par les médecins interrogés dans le cadre de ce TFE.

➤ *Prise en charge chronophage*

Il est clair que prendre en charge un patient précaire prend du temps. En effet, on ne peut se résumer à soigner uniquement l'aspect médical de ces patients sans tenir compte des déterminants sociaux exposés ci-dessus. Une souffrance psycho-sociale est généralement associée à leur plainte somatique et la prendre en compte demande du temps [4]. Une autre étude met en évidence que, outre les difficultés cliniques (*multimorbidité, problème d'observance thérapeutique, recours tardif aux soins, polymédication inappropriées, difficulté à poser un diagnostic,...*) la durée de consultation plus longue est la première difficulté non clinique rapportée par les médecins [19].

La médecine traditionnelle du médecin solo en cabinet avec une patientèle importante, laisse peu de temps à la prise en charge de l'aspect social et rend la collaboration entre les différentes disciplines plus difficile.

A contrario, la pratique en association de médecins laisse à ceux-ci l'opportunité de débattre de ces cas complexes. En outre, les assistants sociaux, au sein des maisons médicales, servent de relais et sont facilement disponibles pour soutenir le patient et le médecin dans sa démarche.

➤ *Tensions émotionnelles*

Une difficulté énoncée par un médecin est « *de ne pas passer en burnout* » (Entretien N°2). En effet, face à la souffrance psychosociale de ses patients, le médecin se retrouve vite face à ses limites professionnelles et face à ses émotions, ce qui peut induire une situation d'épuisement difficilement gérable [4]. Les problèmes de ces patients sont tellement nombreux et entremêlés que l'épuisement du médecin est une difficulté fréquente énoncée par ceux-ci [7]. Il est parfois difficile pour le médecin de relativiser face au désarroi de ses patients et prime alors le sentiment d'impuissance au détriment de la bienveillance [20]. Se sentant démunis face aux plaintes multiples d'ordre social, certains médecins se cloignent dans des préjugés en laissant leur empathie de côté...

➤ *Suivi, refus d'être aidé*

Un médecin interrogé énonce comme difficulté le suivi. « *Je dirais le suivi surtout. Ils n'arrivent pas à voir une option à long terme pour le suivi d'une pathologie ou le suivi des conseils d'hygiène de vie, etc... C'est un peu compliqué...* » (Entretien N°8).

Cela peut s'expliquer par le fait que leur relation au temps est différente de la nôtre. En effet, nous vivons avec une perspective d'un temps long, nous planifions des projets à long terme alors que pour un patient précaire, ses perspectives se résument à la semaine ou au mois [14, 20]. Cette relation au temps discordante peut, plus généralement, expliquer leur manque d'implication dans la prévention nécessitant une projection de la santé dans le futur, qui est pour eux, éloigné. En effet, les patients vivant en situation de précarité ont d'autres priorités que la santé (sauf urgence) face à la multitude des obligations quotidiennes de vie (logement,

nourriture,...), ce qui rend le partenariat entre médecins et travailleurs sociaux encore plus intéressant pour la prise en charge globale du patient et redorer le blason de sa santé [16].

Notons également que cette relation au temps différente pousse certains médecins à adapter leur mode de fonctionnement et à défendre le maintien des plages de consultations sans rendez-vous pour faciliter l'accessibilité aux soins. *« On sait bien qu'ils ont du mal à planifier parce que tout est toujours fait dans l'urgence mais moi, je suis très tolérant par rapport à ça. Et c'est d'ailleurs pour ça que dans l'équipe, on est sensibilisé à cette problématique qu'on se force à maintenir chaque jour des consultations sans rendez-vous parce qu'une personne en précarité a du mal à respecter un horaire mais que sans rendez-vous, on les voit. » (Entretien N°7).* Cette organisation n'est malheureusement possible qu'en cabinet de groupe et lorsque que le patient accepte d'être vu par un médecin qui n'est pas forcément le sien [4].

➤ Renforcement des inégalités sociales de santé

Ce tableau social lourd les accablant au quotidien laisse peu de place à la santé qui leur semble secondaire par rapport à leur problèmes fondamentaux journaliers (ex : logement, nourriture,...). En tant que professionnel de santé, le médecin généraliste doit se garder de ne pas tomber dans l'auto-censure de la prévention, d'autant plus importante chez ces patients cumulant les facteurs de risque [7]. En effet, la multiplication des problèmes sociaux exposés par ces patients nous prend une attention, une énergie parfois trop importantes qui nous détourne de notre rôle et nous font faire des choix à leur place sans le vouloir. Autrement dit, le médecin trop préoccupé par la problématique sociale de son patient pourrait en oublier son rôle de conseiller en prévention. Par exemple, ne pas penser et/ou ne pas vouloir les « encombrer » avec une mammographie eu égard à leurs problèmes déjà multiples, pourrait les pénaliser plus tard si on leur diagnostique un cancer du sein à un stade plus avancé. Cela risque, en effet, de renforcer encore plus les inégalités sociales de santé au sein de ces populations.

d. RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE ?

Les médecins interrogés étaient presque unanimes sur la nécessité de prendre en compte la situation sociale du patient lors de sa prise en charge médicale. La question a été plus loin en posant la question du rôle du médecin généraliste de s'écarter de son rôle purement médical en y intégrant l'aspect social. Un médecin souligne le manque de définition du rôle du MG en Belgique... « *Il serait peut-être temps qu'on définisse le rôle du médecin généraliste parce qu'il n'est toujours pas défini en Belgique. Mais je pense que c'est le seul qui sait actuellement vraiment bien rassembler les éléments et voir le patient dans sa globalité d'un corps mais aussi d'un milieu de vie et de difficultés* » (Entretien N°7). En effet, la société n'a pas encore défini ce rôle laissant aux médecins l'impression du volontarisme de cette prise en charge sociale plutôt que d'une « obligation » de la profession [4].

Comme on l'a vu plus haut, le médecin ne peut rester cloisonné dans sa pratique purement médicale face la diversité des problèmes que présentent les patients précaires et il en est de son rôle de prendre en compte leur situation sociale pour les prendre en charge médicalement [7].

e. OUTILS D'AMÉLIORATION DE LA PRATIQUE

L'hétérogénéité dans les discours des médecins, tant à propos de la perception que des connaissances, reflète leur manque de formation et d'information à ce niveau [19, 21]. La dimension sociale du métier de médecin généraliste n'est pas enseignée au cours du cursus universitaire et il n'existe malheureusement pas de recommandations de bonnes pratiques [4, 20]. Or, *une formation du corps médical permettrait aux médecins d'appréhender la précarité comme un processus et d'en limiter les effets en matière de santé*, effectivement cela permettrait d'éviter les préjugés et d'accepter la collaboration d'un service social pour optimiser leur pratique à ce niveau [4]. Ainsi, une amélioration de pratique passerait par la sensibilisation des médecins aux déterminants sociaux de la santé et aux moyens pour lutter contre les inégalités sociales de la santé. A cet effet, différents outils ou pistes de réflexion sont proposés afin d'accompagner au mieux le médecin généraliste dans cette démarche.

Premièrement, il semble essentiel d'inclure les inégalités sociales de santé ainsi que les déterminants sociaux de la santé au sein de **l'enseignement universitaire** de médecine générale afin de préparer les futurs généralistes à la situation du terrain [21]. Même si cela

est discutable selon un médecin interrogé qui nuance en disant « *Oui, l'unif doit nous former un peu mieux à la prévention, à la promotion de la santé, ses difficultés et ça, ce n'est pas bien fait mais c'est aussi le rôle de chaque médecin de veiller à son développement, en tant qu'intellectuel, de connaissances et de capacité à faire face aux situations qu'il rencontre.* » (Entretien N°7). Même si l'aspect social est particulier à chaque situation et s'il doit donc être évalué sur le terrain indépendamment de toute formation, il serait crucial de considérer les déterminants sociaux, enseignés, à leur juste valeur. A ce titre, un article de la Revue Médicale Suisse insiste également sur l'enseignement des déterminants sociaux de l'OMS car *leur identification systématique est également utile au médecin de premier recours et lui permet de reconnaître plus régulièrement une précarité, voire une pauvreté* [11].

Cet enseignement au caractère social permettrait, à mon sens, au médecin de se familiariser à cette problématique, d'oser la prendre en compte et de l'aborder en consultation.

Deuxièmement, pour pouvoir gérer les tensions émotionnelles que provoque la prise en charge de ces patients (cfr IV.3.c), des **groupes d'échange de pratiques** pourraient être une des solutions. En effet, les praticiens ont peu l'occasion d'échanger entre eux sur un sujet autre que médical [4]. C'est pourquoi, l'ASBL PromoSanté & MG propose une sensibilisation au thème « La relation de confiance avec les patients qui vivent dans des conditions précaires » au sein de GLEMS ou dodécagroupes afin de faciliter l'échange. D'ailleurs, les deux médecins qui nuançaient le rôle de l'université dans la formation de la thématique de précarité, ont abordé spontanément des initiatives se déroulant déjà au sein de leurs groupes. « *On organise souvent via nos GLEMS des rencontres avec des membres du réseau, ce qui est très intéressant parce que ça nous ouvre quand même pas mal de portes et ça, je trouve que c'est très chouette.* » (Entretien N°5) « *on fait même des échanges donc en général, tous les 3 à 4 ans, notre dodécagroupe se rassemble et on fait une soirée « carnet d'adresses » et on se refille untel ou untel, que ce soit pour les médicaux (médecins et paramédicaux) mais aussi services sociaux, services de sport...* » (Entretien N°7)

Troisièmement, en 2014, le Collège de Médecine Générale Français propose un **outil** afin d'intégrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale. Cela permet d'évaluer les éventuelles difficultés sociales de chaque patient qui peuvent jouer sur son état de santé, mettre en évidence des différences sociales de santé dans sa patientèle et guider les pratiques visant à réduire ces différences [13]. Le but de cet outil est l'amélioration de la qualité des soins, par le biais de la caractérisation sociale du patient après avoir obtenu son consentement et avoir garanti le secret professionnel.

Groupe B Indicateurs utiles	Groupe A Indicateurs indispensables	Intitulé
	X	Date de naissance
	X	Sexe
	X	Adresse
	X	Assurance maladie
	X	Statut par rapport à l'emploi
	X	Profession
	X	Capacités de compréhension du langage écrit
X		Est en couple
X		Nombre d'enfants à charge
X		Vit seul (e)
X		Pays de naissance
X		Niveau d'études
X		Catégorie socioprofessionnelle INSEE
X		Bénéficiaire de minima sociaux
X		Statut vis à vis du logement
X		Situation financière perçue

Figure 6: Informations à recueillir pour connaître la situation sociale d'un patient selon les recommandations du CMG Français (2014)

Il n'existe pas de recommandations d'utilisation pour cet outil, il peut être utilisé aussi bien dès la première consultation ou au fur et à mesure des rencontres avec le patient quand un lien de confiance se crée. C'est d'ailleurs dans cette optique là que le voient les différents médecins interrogés : « à remplir au fur et à mesure quand on discute sans donner l'impression de faire une enquête. » (Entretien N°2). Certains médecins ont cependant émis un avis défavorable pour cet outil le considérant trop intrusif. « Un peu intrusif et un peu long » (Entretien N°7). Cet argument contre le recueil systématique des données sociales est également avancé par des médecins dans d'autres études en plus du fait qu'ils ne soient pas convaincus de leur utilité [4, 22].

Cependant, un médecin souligne « que ça dépend un peu comment on leur demande. Ça dépend ce qu'ils ressentent comme bienveillance par rapport à nos questions. » (Entretien N°9) En effet, les patients semblent apprécier quand le médecin prend le temps et se préoccupe

sincèrement de leur situation personnelle [4]. « *Si nous, on est déjà à l'écoute, en tant que médecin, ce n'est déjà pas mal...* » (Entretien N°4)

En somme, les différents items doivent être considérés dans leur globalité et non individuellement, sous peine de se méprendre sur la situation réelle du patient. Cet outil constitue donc une aide à la consultation, à considérer selon sa pratique et sa personnalité d'approche du patient.

Quatrièmement, un **score (EPICES)** mesurant la précarité individuelle existe prenant en compte le caractère multidimensionnel de la précarité. Il a été créé suite à une étude réalisée dans plusieurs centres d'examen de santé en France. Il a comme finalité de « *mesurer la place d'un individu dans le gradient social lié à la précarité.* » [23].

Ce score est calculé selon un coefficient positif ou négatif en fonction de la réponse binaire (oui ou non), il est continu et varie de 0 (absence de précarité) à 100 (maximum de précarité). Le score ayant été créé en France, les coefficients ne sont pas exposés, ne se prêtant pas à la situation belge. Mais les onze questions restent intéressantes à garder en tête pour « dépister » rapidement une situation de précarité au sein de notre patientèle.

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

Figure 7: Les onze questions du score EPICES

Cinquièmement et dernièrement, les médecins interrogés semblent, presque tous, intéressés par une information sur le réseau existant. Le médecin de l'entretien N°3 a énoncé une idée intéressante *« Ce serait intéressant que les cercles, qui sont encore assez locorégionaux, puissent donner à tous les jeunes médecins qui s'inscrivent dans ce cercle-là, un canevas reprenant le réseau qui existe parce qu'il y a plein de choses qu'on ne connaît pas. »* (Entretien N°3)

Cette idée de canevas, carnet d'adresses reprenant les contacts utiles pour une pratique pluridisciplinaire faciliterait le travail de collaboration entre les médecins et les travailleurs sociaux.

Toutes ces pistes de réflexion pour améliorer la pratique des médecins généralistes face à leurs patients précaires, sont loin d'être exhaustives mais constituent les bases qui, dans leur globalité, pourraient aider les médecins de première ligne à dépister la précarité. Ce dépistage pourrait se faire via les déterminants sociaux afin de la considérer et aiguiller leur prise en charge en conséquence. Ce sont justement ces déterminants qui devraient être enseignés lors du cursus universitaire pour éveiller les consciences à cette problématique et éviter la stigmatisation et les stéréotypes.

V. CONCLUSION

La précarité impactant la santé, il incombe aux médecins généralistes de la prendre en compte pour en prévenir les effets délétères. Si ce rôle paraît crucial, quels sont les freins à la prise en considération de la précarité ? Et quelles sont les pistes (outils, collaboration, formation) qui pourraient guider le médecin généraliste dans cette tâche ? Cette recherche portant sur la perception de la précarité par les médecins généralistes au sein de leur pratique a répondu à ces interrogations en axant l'analyse et la discussion sur les connaissances « théoriques », les représentations, les difficultés, l'environnement médico-social, la formation et les besoins ressentis.

Mon étude a permis de dégager les connaissances et lacunes des médecins par rapport à la précarité établie au sein de leur pratique. Les connaissances actuelles des médecins retiennent d'une part, le caractère multidimensionnel de la précarité et d'autre part, l'impact incontestable de la précarité sur la santé. Néanmoins, le manque de consensus par rapport à la définition de la précarité marque un manque de formation et d'information des médecins sur le sujet. En outre, étant donné les facteurs non-médicaux multiples (sociaux, économiques, culturels,...), le médecin se sent démuni face à la complexité de la tâche et évoque l'aspect chronophage, la surcharge émotionnelle et la difficulté de suivi sur le long terme.

Si cette recherche a également mis en évidence que le médecin généraliste était un repère pour ces patients et qu'il joue un rôle prépondérant pour les accompagner, il paraît évident que cet accompagnement est facilité par le travail en réseau, en partenariat entre médecins et travailleurs sociaux. En effet, la santé n'est généralement pas une priorité pour le patient précaire et le fait de travailler en réseau permet de le prendre en charge dans sa globalité.

La littérature ne retient, à ce jour, aucune recommandation de bonne pratique. Il ressort, néanmoins, qu'une amélioration des pratiques passerait par une formation universitaire sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités sociales de santé.

Il a également été démontré le rôle primordial de la prévention au sein de cette population. Or, souvent, s'instaure à l'égard de ces patients une certaine auto-censure parfois involontaire

de cet aspect du métier par certains médecins de peur de « surcharger » ces patients déjà fort préoccupés.

Il apparaît également clairement que les médecins ont besoin d'échanger entre eux à propos de la prise en charge de ces patients tant les tensions émotionnelles sont fortes. Cela pourrait notamment se dérouler au sein de GLEMS ou des dodécagroupes.

Enfin, deux outils ont été proposés pour faciliter la prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes. Ces derniers prennent en compte les déterminants sociaux du patient et proposent ainsi une prise en charge holistique du patient, si précieuse en médecine générale. Il serait intéressant d'en quantifier l'efficacité auprès du médecin généraliste dans sa pratique.

Mon but n'était pas d'établir une théorie « moralisante » sur la prise en charge de la précarité mais au moins d'éveiller les consciences sur une problématique quotidienne de la médecine générale. Conscientiser les médecins généralistes, urbains et ruraux, à propos des stéréotypes courants au sujet de la précarité et leur proposer des outils pour mieux la gérer, peut-être est-ce là la clé d'une pratique accessible à tous ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la santé. (1946). Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, N°2, 143p. En ligne : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88278/Official_record2_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 21/03/2020 à 10h14.
2. Conseil supérieur de promotion de la santé. (2011). La réduction des inégalités sociales de santé : un défi pour la promotion de la santé. *Education Santé, Hors série 3*, 1-28.
3. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), Première Conférence internationale sur la promotion de la santé, Ottawa (Canada), 17-21 novembre. En ligne http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf, consulté le 21/03/2020 à 11h3.
4. De Pauw, C. (2017). *Les médecins généralistes face au défi de la précarité*. Rennes : Presses de l'EHESP.
5. Wresinski, J. (1987). Grande Pauvreté et Précarité Economique et Sociale. *Journal Officiel de la République Française*, 6, 104p.
6. Cabinet de Madame la Ministre Nicole Maréchal. (2002). Le rôle de la promotion de la santé dans la lutte contre les inégalités. *Education Santé*, 168, 8-9.
7. Heremans, P. & Deccache, A. (1999). Mieux intégrer la prévention en médecine générale dans les milieux défavorisés. *Santé publique*, 11(2), 225-241.
8. Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. (2019, novembre). *Des faits et des chiffres : Existe-t-il des inégalités sociales de santé ?* En ligne : https://www.luttepauvrete.be/wp-content/uploads/sites/2/2020/05/chiffres_sante.pdf, consulté le 11/04/2020 à 9h38.
9. La rédaction de la Fondation Roi Baudouin. (2007, octobre). *Inégalités en santé - Recommandations politiques*. Bruxelles : Fondation Roi Baudouin.
10. Mackenbach, J.P., Stirbu, I., Roskam, A.J.R., Schaap, M.M, Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A.E. (2008). Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, 358, 2468-2481. doi : 10.1056/NEJMSa0707519
11. Bodenmann, P., Jackson, Y., Bischoff, T., Vaucher, P., Diserens, E.A., Madrid, C. (...) & Wolff, H. (2009). Précarité et déterminants sociaux de la santé : quel(s) rôle(s) pour le médecin de premier recours ? *Revue Médicale Suisse*, 5, 845-850.
12. Devos, C., Cordon, A., Lefèvre, M., Obyn, C., Renard, F., Bouckaert, N., (...), Meeus, P. (2019). Performance du système de santé belge – Rapport 2019 – Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 313B. D/2019/10.273/33.
13. Collège de la Médecine Générale. (2014). *Pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ?* Recommandations réalisées sous l'égide du Collège de la Médecine Générale. 32p.

14. Jadot, P. & Litt, V. (Réalisateurs). (2013). *Parole donnée, les patients, la précarité, la relation de confiance* [Film]. Belgique : PromoSanté & Médecine Générale.
15. Larcher, P. (2007). Principales répercussions de la pauvreté sur la santé. *Centre Laennec*, 4(55), 15-26. En ligne <https://www.cairn.info/revue-laennec-2007-4-page-15.htm>, consulté le 10/05/2020 à 10h28.
16. Flye Sainte Marie, C., Querrioux, I., Baumann, C. & Di Patrizio, P. (2015). Difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients précaires. *Santé Publique*, 5(27), 679-690. En ligne <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-5-page-679.htm>, consulté le 23/01/2020 à 15h31.
17. Ibanez, G., le Masne, A. & Herr, J. (2014). *Prendre en compte les inégalités sociales de santé en médecine générale*. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).
18. Bourgueil, Y., Jusot, F., Leleu, H. & groupe AIR Project. (2012). Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. *Question d'économie de la santé*, 179, 1-8.
19. Pubert, M., Giraud, J., Pisarik, J., Chaput, H., Marbot, C., Videau, Y., (...) Verger, P. (2018). Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : opinions et pratiques de médecins généralistes. *Etudes & Résultats*, 1089, 1-8.
20. Hubens, V. & Litt, V. (2015). Médecine générale et précarité. *Education Santé*, 315, 7-9.
21. Denantes, M., Chevillard, M., Renard, J.F. & Flores, P. (2009). Accès aux soins et inégalités sociales de santé en médecine générale. *Exercer*, 85(20), 22-26
22. Fesquet, C., Buyck, J.-F., Goupil, M.-C., Tallec, A. & Hérault, T. (2019). Prise en charge des patients en situation de vulnérabilité sociale : perceptions et pratiques des médecins généralistes dans les Pays de la Loire. *Observatoire régional de la santé Pays de la Loire et Union régionale des médecins libéraux Pays de la Loire*. 8p
23. Labbé, E., Moulin, J.J., Guéguen, R., Sass, C., Chatain, C. & Gerbaud, L. (2007). Un indicateur de mesure de la précarité et de la « santé sociale » : le score EPICES. *La Revue de l'Ires*, 1(53), 3-49. En ligne <https://www.cairn.info/revue-de-l-ires-2007-1-page-3.htm>, consulté le 22/03/2020 à 10h53.

ANNEXES

ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Etude qualitative/descriptive transversale → entretiens individuels semi-directifs

Question de recherche : « Comment les médecins généralistes perçoivent-ils la précarité au sein de leur pratique ? »

Questions pour l'interlocuteur

THÈME 1 : PARCOURS PROFESSIONNEL

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

- Sexe
- Age
- Expérience professionnelle ?
- Zone de pratique (Urbaine, Rurale, Semi-rurale)
- Type de pratique (Solo, Associations de médecins, Maison médicale)

THÈME 2 : CONNAISSANCES/STATISTIQUES

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

- Définition de la précarité
- Impact de la précarité sur la santé ?
- Pathologies plus importantes que d'autres ?
- Connaissances du système de santé belge (BIM, MAF, pathologies chroniques, tiers payant, CPAS...)

THÈME 3 : REPRÉSENTATIONS/OPINIONS

A quoi pensez-vous quand on vous dit « précarité et médecine générale » ?

- 5 mots-clés qui vous viennent à l'esprit
- Comment définiriez-vous le dernier patient précarisé vu en consultation ?
- Trouvez-vous que les visites à domicile ont toutes leur importance dans la prise en charge de ces patients ?
- Avez-vous vu une évolution de votre pratique au fil du temps face à ces patients ? Si oui, laquelle ?

THÈME 4 : DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LA PRISE EN CHARGE DE CES PATIENTS ?

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de ces patients ?

- Adaptation du mode de travail ? (Prescriptions, examens complémentaires...)
- Non-compliance ?
- Non-respect des horaires ?
- Prise en charge des addictions ?

THÈME 5 : CONNAISSANCES DE L'ENVIRONNEMENT MÉDICO-SOCIAL ?

Pensez-vous qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

- Rôle du médecin généraliste ?
- Collaboration avec un service social ou contact privé ?
- Connaissez-vous les aides dont peuvent bénéficier vos patients ?

THÈME 6 : BESOINS IDENTIFIÉS/FORMATIONS

Avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment formé durant vos études à la prise en charge de ces patients ?

- Ressentez-vous le besoin d'une formation complémentaire ?
- Outils ?
- Besoin d'un travail en réseau ?
- Besoin d'informations sur le fonctionnement (les missions) du réseau ?
- Que pensez-vous de cet outil qui recueille la situation sociale du patient, fourni par le Collège de Médecine Générale en France et proposé pour améliorer la qualité des soins dispensés ?

Groupe B Indicateurs utiles	Groupe A Indicateurs indispensables	Intitulé
	X	Date de naissance
	X	Sexe
	X	Adresse
	X	Assurance maladie
	X	Statut par rapport à l'emploi
	X	Profession
	X	Capacités de compréhension du langage écrit
X		Est en couple
X		Nombre d'enfants à charge
X		Vit seul (e)
X		Pays de naissance
X		Niveau d'études
X		Catégorie socioprofessionnelle INSEE
X		Bénéficie de minima sociaux
X		Statut vis à vis du logement
X		Situation financière perçue

CONCLUSION

Selon un documentaire vidéo réalisé par l'ASBL PromoSanté & MG, on pourrait décrire les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile.

- Qu'en pensez-vous ?
- Avez-vous une situation particulière qui correspond à cette description ?
- Si oui, quel était l'élément déclencheur ? Et quelle a été la clé pour résoudre la situation ?

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

Médecin généraliste depuis 1990. J'ai d'abord travaillé 1 an à Arlon en pédiatrie puis 3 ans en pédiatrie, ici à Notre-Dame et une année en médecine interne où je faisais les urgences à ce moment-là. Puis, depuis fin 1994, je travaille à la maison médicale Le Gué, travail qui a changé depuis le début puisqu'au début, c'était plus de la médecine générale tout venant particulièrement avec les gens en précarité mais pas en grande précarité. On avait 75% à l'époque de patients minimexés et chômeurs pour 25% de travailleurs mais quand même une population très très différente de maintenant. Ou sinon, par rapport au parcours... En 2003, j'ai arrêté de travailler pendant 1 an pour faire un DEC en sciences de la famille et sexe à Louvain. Et puis, voilà, quand je suis revenue, j'ai seulement commencé à ce moment-là à faire les suivis assuétudes.

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

(...)

Par exemple, quelle est la définition de la précarité selon vous ? Et quel impact de la précarité sur la santé ?

C'est compliqué ça... Précarité...

Est-ce que c'est d'office concernant l'argent ou quelque chose, est-ce qu'on définit la précarité selon un revenu ou est-ce qu'il y a autre chose qui peut le déterminer ?

Oui, évidemment, pour moi il y a autre chose mais il y a quand même généralement une connotation d'argent dans l'histoire quand même... C'est quand même rare qu'il n'y en ait pas...

On va dire, une personne qui n'a pas accès pour quelque raison que ce soit, aux soins primaires minimum. Ce n'est pas une bonne définition mais c'est la première qui me vient comme ça... Qui peut être pour des raisons financières de plus en plus souvent ces dernières années. Enfin, je veux dire, en 20 ans, la situation s'est quand même fameusement aggravée et la santé mentale aussi s'est franchement détériorée ces dernières années aussi.

Et je ne sais pas ce qu'il y avait d'autre comme...

Est-ce qu'il y a un impact de la précarité sur la santé en général ?

Enorme !

Des pathologies plus rencontrées chez ces patients-là ?

Certainement ! Il y a des liens avec tout ce qui est consommation déjà, que ce soit le tabagisme et les pathologies cardiovasculaires, tout ce qui touche aux pathologies respiratoires et autre. Et puis, tout ce qui est alcool et gros problèmes de santé mais sociaux en parallèle à ça... Et moi, j'ai aussi tous mes patients... J'ai une patientèle style Alex, grosse patientèle très défavorisée où là ça touche toutes les sphères, on va dire, de la vie ! Ça touche aussi bien au niveau social que psychique, que psychiatrique que somatique. Donc oui ! Une petite parenthèse, ça n'a rien à voir, mais chez les grands consommateurs tox, injecteurs, j'ai beaucoup... Je n'ai jamais lu de lien de cause à effet mais j'ai beaucoup de pathologies type leucémie ou lymphome. Je ne sais absolument pas s'il y a un lien parce que je n'ai pas étudié la question mais j'ai un patient avec une grosse adénopathie cervicale, je suis sûre que...

C'était une petite parenthèse mais j'en parle parce que j'en ai quand même beaucoup des Hodgkin, des non-Hodgkinien...

Est-ce que le système de santé belge (BIM, MAF, pathologies chroniques, tiers-payant, CPAS...) ça vous dit beaucoup ou pas beaucoup ?

Moi je trouve que le système forfait devrait être utilisé partout en Belgique. Même en isolé, en libéral... Moi, je trouve que le forfait ça fait travailler d'une façon tout à fait différente. J'espère bien qu'au Vieux Chemin d'Ere, vous y passerez un jour... parce qu'on s'y retrouve d'un point de vue financier mais même, dans le système au forfait, on a tout intérêt à ce que le patient soit en bonne santé. Ça ne veut pas dire du tout qu'on travaille mieux ! Ce n'est pas une critique du tout, ce n'est pas ça que je veux dire. Mais comme on touche, on perçoit la même chose que le patient vienne 1x/mois ou vienne tous les jours, on a tout intérêt. Je trouve que rien que ça, cette philosophie-là devrait être partout comme ça en Belgique. Et malheureusement, il y a encore des médecins qui refusent de pratiquer le tiers-payant notamment en garde...

A quoi pensez-vous quand on vous dit « précarité et médecine générale » ? Par exemple, 5 mots-clés qui vous viennent à l'esprit...

Euh... Santé mentale, décrochage scolaire, refuge illusoire tout ce qui est dépendance et tout ça, logement ou plutôt manque de logement et dépression, tristesse...

Comment définiriez-vous le dernier patient précarisé vu en consultation ?

Le dernier patient que j'ai vu est quelqu'un que je ne connais pas beaucoup mais qui m'a dit qu'il avait perdu maison, voiture, saisie sur salaire. Donc qui demandait que je le prolonge sans raison... Mais je ne vais pas parler de celui-là...

Mais une petite dame, 47 ans, consommatrice de longue date qui a une histoire de vie vraiment pas simple du tout, qui a un de ses fils qui s'est pendu à la prison de Tournai, son 2^{ème}, qui a d'ailleurs retrouvé son frère mort, est toujours incarcéré. Détresse respiratoire +++. La dernière fois que j'ai envoyé le SMUR, elle était à 31 de saturation et elle vit dans un logement où il n'y a pas d'électricité, pas de chauffage... Enfin, elle a un toit c'est vrai... Il y a de l'eau dans les communs mais elle n'en a pas. Donc elle fait des allers-retours aux Urgences quand elle peut appeler l'ambulance. Et puis son traitement de fond, elle ne parvient pas toujours à l'acheter, elle ne consomme pas beaucoup, pas souvent, elle ne consomme que quand le produit vient à elle mais ça lui arrive de consommer quand même... Mais surtout, elle vit dans un état d'insalubrité, c'est horrible ! Enfin voilà, c'est l'horreur mais c'est une chouette petite madame franchement. Elle a un petit-garçon qui est placé depuis peu dont les parents sont consommateurs tous les deux et elle a fait les démarches pour qu'il soit placé et elle a fait mais franchement, ses enfants vivaient l'enfer.

Et justement, du coup, est-ce que vous trouvez que les visites à domicile ont encore toutes leur importance dans la prise en charge de ces patients ?

Oui, moi je n'en fais pas assez.

Parce qu'on entend beaucoup qu'on n'a pas envie d'aller dans des logements sales...

Non, moi je trouve que c'est hyper important mais je reconnais que je n'en fais pas assez. Mais ici, c'est très dur, les médecins en font de moins en moins et veulent de moins en moins y aller surtout les jeunes médecins mais c'est tout à fait différent de voir des gens chez eux et ici, ça

c'est certain. Au début que je travaillais, c'était 80% de visites. En fait, c'était visite jusque 17h et à partir de 17h, on consultait.

Ah oui, c'était complètement autrement !

Oui, complètement ! Je suis celle qui en fait le moins même si, c'est très très riche d'aller chez eux et moi je trouve qu'ils sont fiers qu'on aille chez eux, même parfois quand c'est le brol... Mais voilà, pouvoir partager leur intimité, leur « chez-eux » c'est... Et parfois on est heureusement surpris aussi ! Parfois c'est tout à fait dans l'autre sens !

Et ça, on en a déjà un peu parlé mais est-ce que vous avez vu une évolution de votre pratique au fil du temps ?

Oui, tout à fait !

Plus de précarisés ?

Oui ça, c'est certain ! Et la précarité change ! Ça fait bizarre de dire ça mais... C'était vraiment une population qui était fort jeune au début que je travaillais ici parce que la maison médicale était jeune. Comme je disais, 75% de minimexés ou chômeurs mais les autres ce n'était même pas 25% de travailleurs... Mais des gens respectueux, des gens qui avaient encore des valeurs style les enfants allaient à l'école, l'alcool ça il y avait déjà beaucoup à ce moment-là mais infiniment moins de cocaïne, d'héroïne ça c'est sûr ! ça, il y a un monde de différence ! Mais même, dans le lien style, on a parfois de la violence à gérer et de la grosse violence. Et puis la population, s'est fortement psychiatisée. Là, une énorme différence.

Et aussi, dans les gens qui travaillent ? Par exemple, ce n'est pas parce qu'on travaille qu'on est à l'abri de la précarité ?

Oui, ça c'est sûr ! J'ai vu, une fois, une petite jeune dame, secrétaire à Bruxelles qui avait acheté une petite maison dans la campagne et elle est venue me voir avec des lésions d'engelure ! Elle n'avait pas su se chauffer parce qu'elle a choisi d'acheter sa petite maison et avec son petit salaire de petite madame toute seule qui travaille, elle n'a pas été capable de remplir sa cuve à mazout et elle est arrivée avec des lésions d'engelure ! Ça, on ne voyait pas ça avant ! De toute façon, maintenant, pour vivre bien, il faut travailler à 2...

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de ces patients ?

Moi par rapport à eux ?

Oui par exemple, un manque de compliance, le non-respect des horaires, une prescription différente...

Oui, il y a tout ça mais ça ne me pose pas grand problème je dois dire... Je dirais plutôt que j'ai bien plus facile avec ces gens-là qu'avec la petite bourgeoisie citadine. En plus, on a une place importante. Evidemment, il y a des gens que je connais depuis que je suis ici donc il y a longtemps, il y a des mamans dont j'ai suivi la grossesse de leur propre maman. Donc voilà, dans ces populations précarisées, je trouve que le médecin traitant a encore une place hyper importante. Le nombre de fois où ils disent non pour aller voir un spécialiste mais si on arrive quand même à les envoyer, ils ne vont pas prendre du tout le médicament prescrit ou ils ne vont pas faire sans venir nous demander. Et quelques patients, profs ou... (ce n'est pas une critique envers les profs !). Mais je pensais à un de mes patients,

en l'occurrence prof de maths, qui va voir un peu tous les spécialistes... Mais lui, c'est plutôt ma parole qu'il va remettre en doute tout le temps ! Tandis que nos patients, les « vrais maison médicale », ils nous font vraiment confiance et même plus confiance en nous qu'aux spécialistes.

Donc au final, moins de difficultés avec eux qu'avec les autres ?

Oui, pour moi, oui !

C'est aussi une petite parenthèse mais... Vendredi passé, j'ai eu des gros gros cas avec des patients sous métha ou autres mais notamment la petite dame de tantôt... Et j'étais avec une stagiaire de master 3 qui habite la campagne et qui était avec moi depuis presque le début de la journée puis d'un coup, ça lui a pris une crise de panique « Je vais avec François (collège), je vais aller avec François ». Après j'ai été voir un peu quand même et elle m'a dit « Je ne pouvais plus, c'était trop d'émotions... ce n'est pas possible, je ne peux plus ». Et d'ailleurs, elle n'est pas là aujourd'hui... Et c'est déjà la deuxième fois ! Et ça, je n'avais quand même jamais vécu avant... Au mois de septembre ou octobre, un stagiaire master 1-2, qui était déjà venu un mois en stage et qui en plus est un copain de mon fils, qui a aussi fait une grosse crise d'angoisse et qui m'a dit : « Mais comment, est-ce que tu peux travailler comme ça ? Et prendre autant ? » Je crois que moi, ça fait tellement longtemps que je suis dedans et que j'ai suivi l'évolution aussi car comme je dis, au cours des années, ça a quand même fort fort changé... Et puis les consultations à l'abri, qu'on a lancé avec Yannick et tout ça... Mais coup sur coup, deux stagiaires qui craquent, ça je n'avais jamais eu... La stagiaire qui n'est pas là aujourd'hui, je suis sûre qu'elle ne travaillera jamais dans le domaine, autant le stagiaire que j'ai recroisé récemment, ne voulait absolument pas faire la médecine générale mais là, m'a dit qu'il allait faire la médecine générale car c'est tellement riche. Enfin voilà, heureusement qu'il y en a pour tout le monde !

Et puis moi, je suis toujours en retard donc qu'il soit en retard, ça ne me dérange pas mais ils arrivent en disant « de toute façon, on attend tout le temps ! » et c'est vrai ! J'arrive le matin à l'heure mais je prends du retard tout le temps ! Donc ça, ça ne me dérange pas... Qu'ils ne soient pas compliants, non plus ! Notre rôle c'est de dire les choses et puis, s'ils ne font pas ce qu'on dit, c'est leur choix. Maintenant, quand ils ne savent pas acheter, on adapte, on regarde les prix, on a une petite caisse sociale ici à la maison médicale mais on sait qu'ils nous rendent jamais. Avant, je prêtais de l'argent, je ne le fais plus. Ça j'ai arrêté ou sinon... Qu'ils ne me remboursent pas, ça ne me dérange pas mais puis c'est l'un, c'est l'autre... J'ai une patiente qui s'était accrochée à ma voiture ! Je commençais à rouler le long de la rue, elle était accrochée à la portière de ma voiture, elle ne voulait pas lâcher ma voiture tant que je ne lui donnais pas d'argent ! Et là, je me suis dit, c'est la dernière fois ! Je n'ai pas donné, j'ai tenu mais maintenant c'est d'office non. Je ne suis pas sûre que c'était un service que je leur rendais...

On en a déjà parlé mais pensez-vous qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

Oui !

Est-ce que c'est le rôle du médecin généraliste de parler de tout ça ?

Oui !

Et est-ce que vous avez une collaboration avec un service social ? Mais ici, oui, il y en a un. Est-ce que ce serait possible de faire sans par exemple ?

Je suis le médecin d'ici qui travaille le plus avec le service social. Tous les médecins, on est 7 mais tout le monde ne collabore pas avec le service social... Enfin si, quand c'est indispensable

comme pour de l'administratif... Mais moi, je fais un peu comme chez vous, je travaille beaucoup avec les AS, on fait des co-consultations tout le temps. En parallèle, je travaille énormément avec le réseau. Le 107 intensif oui mais l'assertif beaucoup moins... Mais tous types de réseaux comme « Bien chez soi », si c'est des enfants en décrochage, avec les différentes structures d'accrochage scolaire, un petit peu à tout niveau, je m'adapte... J'ai l'impression que je connais bien le réseau tournaisien...

Quelque chose d'intéressant, où de temps en temps vous feriez bien de venir, ce sont les réunions du 107 avec des interactions cliniques. C'est un autre regard... Moi je trouve que c'est très chouette. De un on apprend à se connaître avec les autres du réseau et c'est autour de cas complexes psychiatriques mais il y a tellement de choses autour que bon, ce n'est pas que du psychiatrique

Et c'est du positif pour le patient ?

Oui !

Ça ne peut pas lui faire de tort ?

Si ! On devrait redéfinir de temps en temps le secret médical partagé. Dans la réunion du 107, on ne donne pas de nom mais il y a bien d'autres endroits où parfois, on va trop loin ! Moi, peut-être en premier ! Mais ça apporte plus de positif que de négatif. Il faut travailler en réseau !

Et justement, comme vous avez souvent des stagiaires et/ou des assistants, est-ce que vous avez l'impression qu'on est suffisamment formé durant nos études à la prise en charge de ces patients ?

Pas du tout ! Les deux stagiaires dont je parlais sont tous les deux issus de la même université. Il y a toujours eu un gros décalage, je ne venais pas non plus d'un milieu précaire... Je n'étais pas du tout habitué à ça.

Mais non, on n'est pas formé à ça... Et quand je suis retournée à l'unif faire un master en sciences de la famille, c'était pour trouver des réponses à des questions que j'avais par rapport à ici, je n'ai rien trouvé, rien du tout ! J'avais pourtant vraiment regardé dans le programme pour chercher là où je pourrais avoir le plus de réponse mais rien...

Ce serait sur le terrain qu'on découvre le plus ?

Je ne sais pas... Je ne sais pas quelle solution on pourrait trouver à ça... Imposer des stages en médecine générale en maison médicale ou des mises en situation aussi... Dans les cours cliniques, ne pas hésiter à amener quelques tox ou autres... Je dis tox mais par exemple, à l'abri de nuit, il n'y a pas que des tox... Parce que c'est vrai que maintenant j'en ai beaucoup mais j'ai des patients que j'ai ramenés de l'abri de nuit ici, qui ne sont pas du tout dépendants, on se dit même mais qu'est-ce qu'ils font là ? Par exemple, des monsieurs qui ont travaillé et qui après, c'est souvent des ruptures sentimentales ou divorces, pertes de maison, boulot et tout s'enchaîne. Amener par exemple des situations cliniques comme ça dans un auditoire et ça, ça n'arrive jamais. Evidemment, ça fait tâche...

Et évidemment qu'on n'est pas formé... Moi je vais, maintenant beaucoup moins, mais au départ, les liens familiaux, les liens amoureux, j'avais des repères. Mais les liens comme ça, j'avais du mal à m'y retrouver au début et c'est toutes des questions comme ça, en refaisant un master en sciences de la famille, je pensais avoir des réponses à mes questions... Mais non...

En fait, ce n'est pas toujours simple parce que les patients ne réagissent pas toujours comment nous, nous pourrions réagir... En tout cas, quand on est jeune... Enfin moi quand j'étais jeune, je ne m'y retrouvais pas toujours car ce que je désirais pour eux n'était pas toujours ce qu'ils désiraient donc ça, personnellement, il m'a fallu pas mal d'années pour ne plus désirer pour le patient. J'ai mis du temps... Maintenant, c'est comme ça... Mais ce n'était pas facile d'avoir des repères et j'aurais bien aimé pouvoir partager... Et ça, le réseau m'a apporté énormément ! A la base, je suis quelqu'un de très timide donc je n'avais pas de lien... J'étais très bien dans mon petit bureau ici avec le patient juste en face et personne d'autre. Et même à la réunion d'équipe, je ne parlais pas beaucoup ni rien... Mais pouvoir avoir, trouver des espaces de repère, de fils de conduite pour essayer de donner envie de revivre à des patients chez qui on a l'impression qu'il n'y a plus rien... et bien ça le réseau m'a beaucoup apporté. Et les colloques assuétudes ! Je me retrouve avec des médecins qui ont un peu la même façon de travailler que moi même pas spécialement par rapport aux dépendances mais qui ont la même vision de travail...

Ça c'est un outil que le Collège de Médecine Générale en France propose pour recueillir la situation sociale du patient dans le dossier médical. Est-ce que vous pensez que ça pourrait améliorer la qualité des soins dispensés ?

Quelque part, oui c'est important mais...

Est-ce vous le feriez d'emblée lors du premier contact ou au fur et à mesure après avoir obtenu la confiance du patient ?

Ça dépend du patient... Il y a des patients chez qui on n'aborderait pas ça d'emblée tandis que d'autres, c'est d'emblée et ça ne les dérange pas du tout !

Franchement, je n'ai pas de gros problèmes à leur poser ces questions-là mais je n'écris pas beaucoup en consultation...

Ça peut être un outil pour certains... Moi ça vient tout seul mais pour certains, pourquoi pas...

Par exemple, pour les médecins qui travaillent seuls ?

Oui ça pourrait être intéressant.

En conclusion, on pourrait décrire les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. Qu'en pensez-vous ?

C'est tout dit ! J'en ai pleins qui basculent mais parfois ils arrivent à attraper le petit truc pour se relever. Mais ce n'est pas simple...

Et le médecin généraliste peut les aider ?

Oui, énormément !

On a donc un rôle à jouer ?

Oui, un énorme rôle ! Et il n'y en a pas assez qui le jouent ! Beaucoup de médecins ont l'impression que ce n'est pas de la médecine ! Et ça pour moi, ce n'est pas vrai.

Est-ce que tu peux te présenter brièvement ainsi que ton parcours ?

Ma spécialisation est plutôt tournée vers les pays en voie de développement. J'ai fait beaucoup de travail à l'étranger, beaucoup de travail en santé publique. Je me suis spécialisé en santé publique par après aussi. Et j'ai fait la tropicale et tout ça... La moitié de ma carrière, je dirais, je l'ai faite dans ce milieu-là et par après je l'ai faite ici, en maison médicale.

Et quel âge as-tu ?

70ans...

Quelles connaissances as-tu de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

Donc on va parler de la précarité en Belgique...

Si tu as une définition de la précarité, ce serait quoi pour toi ?

C'est surtout la misère, qui est essentiellement financière mais qui est aussi psychologique. En fait, tout se tient ! On parle beaucoup de la psychiatrisation de la pauvreté mais je crois que c'est vraiment une réalité ! Donc la psychiatrie... C'est vrai qu'en maison médicale, on a beaucoup de gens qui sont référés par les milieux des institutions et par ce fait-là et par le bouche à oreille, on collecte une population qui est fort précarisée.

Et est-ce que cette précarité a un impact sur la santé ?

C'est sûr !

Et est-ce qu'il y a des pathologies qu'on rencontre plus facilement ?

Justement la pathologie psychiatrique est fort importante ! Et par ce fait-là, il y a tout qui découle... Les gens qui ont des problèmes psychiatriques, ils s'alcoolisent, ils prennent des médicaments, des drogues, ils vivent mal, ils fument... Donc en général, la santé, l'espérance de vie sont beaucoup plus basses...

Et est-ce que tu connais bien le système de santé belge, ce qu'il a mis en œuvre pour parvenir à soigner cette population ? Par exemple, le BIM, le MAF, ça te dit quelque chose ?

J'ai appris quand je suis arrivé en Belgique parce que quand je suis arrivé ici, je ne connaissais rien du tout ! Je ne connaissais même pas l'INAMI, c'est pour te dire ! Donc j'ai appris tout ça petit à petit. Disons que l'avantage en maison médicale, c'est qu'on travaille en équipe donc on a des travailleurs sociaux... Ce sont surtout eux qui m'ont renseigné...

Et est-ce que pour toi, ça te convient d'être en tiers payant, en BIM ? Est-ce que tu as l'impression que les gens viennent plus facilement chez le médecin ?

Moi, j'ai toujours été partisan du forfait. Ça a toujours été mon regret, c'est qu'on ne soit jamais passé au forfait. Je me sens beaucoup plus à l'aise là-dedans parce que sinon c'est toujours les discussions sur le temps qu'on peut passer, c'est un autre débat mais...

Mais pour toi, le fait d'être au forfait ça peut aider ce genre de population là ?

Ça permet de cibler certains types d'activités, sinon on a toujours ce problème de la rentabilité du travail pour pouvoir survivre, pour pouvoir avoir un salaire décent... C'est pour ça qu'il y a beaucoup de médecins qui ne se lancent pas beaucoup là-dedans parce que ce n'est pas très

valorisant, tu côtoies toujours la racaille, t'es mal payé... Puis quand tu te compares, quand tu as les indicateurs sociaux par rapport aux gens que tu vois, tu as une image qui s'est fort détériorée par rapport à ce que les gens s'attendent à avoir chez un médecin.

Toi, médecin ?

A quoi, penses-tu quand on te dit précarité et médecine générale ? Par exemple, 5 mots-clés qui te viennent à l'esprit ?

C'est toujours l'accès, l'accessibilité déjà, je trouve, le premier échelon. Et puis, c'est la synthèse, synthétiser les différents éléments surtout dans une médecine comme on fait en maison médicale où tu es le pivot qui te permet de dire aux gens « qu'est-ce qu'ils ont, pourquoi ils sont comme ça ? Qu'est-ce qu'on pourrait faire ? A quoi, ils ont droit ? A quoi ils pourraient avoir recours ? » Et ça, c'est inaccessible ailleurs. Il n'y a aucun endroit où tu peux avoir ça... Si tu vas au service social du CPAS, ils vont te donner le cadre et l'information. Si tu vas chez le bourgmestre, il va te donner un petit laius... Tu vas chez le médecin généraliste, c'est incroyable parce que tu as une approche humaine, on parle d'homme à homme et puis on peut mesurer les difficultés que la personne pourrait avoir et lui expliquer...

Donc tu as l'impression qu'on a un peu un rôle central qui peut les guider ?

Ça, je trouve que c'est le rôle majeur ! On a beaucoup de monde qui vient en maison médicale parce que les gens ne comprennent rien de ce qui se passe ailleurs. Et puis, les institutions, une fois que tu travailles dans une institution... Moi j'ai travaillé quand même quelques années aux Nations-Unies et on attrape directement un jargon, un vocabulaire que tu utilises avec tout le monde même les gens qui sont bien en-dessous de toi... C'est vraiment comme un dialecte qu'on apprend comme ça et ça c'est quelque chose, quand tu discutes avec la Région Wallonne ou les autorités sanitaires ici, il y a une différence dans les grandes idées mais on n'aborde jamais le problème vraiment, de base, de l'humain... Et ça, c'est un métier, c'est le seul métier au monde je pense où on peut le faire.

Et si tu devais définir ton dernier patient précarisé vu en consultation, comment le définirais-tu ? Est-ce qu'il y a des signes, des comportements qui te font pressentir qu'ils vivent dans un milieu plus précarisé ?

Ben la précarité qui est visible... Il y en a un qui était dans ma salle d'attente hier qui sentait à 100m et on a dû passer le spray pour désodoriser, un caractère difficile, des gens qui sont impulsifs, agressifs et qu'il faut pouvoir comprendre. Ça, c'est souvent une des grosses difficultés en médecine générale, c'est qu'il faut faire abstraction de tout ce fatras qui est au-dessus de la personne et de voir au fond la grande souffrance qui est là et se dire qu'il y a toujours une logique dans tout ce que les gens vont te proposer, te dire. C'est super chiant à entendre, super chiant à demander... L'agressivité, il faut toujours voir au-delà... Et ça, ça s'acquiert et ce ne sont pas des choses faciles et il ne faut pas minimiser en tout cas ce genre de connaissances car c'est une connaissance qu'on acquiert sur le temps.

Il faut voir derrière tout ce qu'il se passe, voir derrière cette souffrance... En fait, on se retrouve un peu là-dedans aussi... Moi, j'ai beaucoup cette réflexion en me disant « mais qu'est-ce que je ferais dans cette situation-là ? » Quand t'as plus d'argent, quand t'as plus de famille, qu'on te demande de l'argent dès que tu en gagnes... Et que tu n'as pas d'autre choix que de rester dehors par exemple... Tu te dis, qu'est-ce qu'on ferait et à ce moment-là, tout à coup, les rapports changent... Maintenant c'est des histoires qui arrivent à tout le monde !

Et est-ce que tu trouves que les visites à domicile ont toute leur importance dans la prise en charge de ces patients ? Ou pas spécialement ? Est-ce que le fait de se rendre compte dans quel logement ils vivent, ça peut apporter ou pas ?

Oui d'une certaine manière mais on en fait beaucoup trop de toute façon ! Maintenant, c'est devenu... Les gens sont devenus fainéants donc ils appellent pour rien du tout. Maintenant, ça permet de voir quand même qu'il y a certaines catégories de personnes, je pense surtout aux femmes, les mères de famille qui ont énormément de responsabilités...

J'en ai une qui est mal vue par tout le monde, on la traite de fainéante, de sale, qui néglige ses enfants mais quand tu vas sur place, tu te rends compte quand même qu'elle n'arrête pas de travailler, que ses enfants sont difficiles, ils sont tous hyperkinétiques, ils sont tous en train de gueuler et puis, il y a des soins à donner, des repas... Enfin, elle vient à pied, en poussette avec tous ses enfants autour d'elle et pour moi, c'est une sainte ! Et le fait d'avoir été à domicile, j'ai compris beaucoup de choses. Et je me suis dit, il faut que je la ferme, c'est vraiment quelqu'un qui fait son possible quoi !

Et est-ce qu'au fil du temps, tu as vu une évolution de ta pratique dans la prise en charge de ces patients ? Est-ce qu'il y a eu une évolution de la précarité ?

La précarité, elle augmente ! Maintenant, moi j'ai dû changer aussi, avec l'âge on relativise beaucoup. Forcément, le tableau est en train de se dégrader de plus en plus et c'est vraiment déprimant et je crois que c'est vraiment un aspect déprimant du métier, tu vois qu'on s'enfonce tous dans la misère et je crois que c'est le début de la fin quelque part...

Parce que j'ai remarqué dans la littérature qu'on parlait de plus en plus de précarité même si les personnes travaillaient donc ce n'est pas le fait d'avoir un travail qui empêche d'être en situation de précarité. Est-ce que tu es d'accord avec ça ?

Les gens sont sous pression donc il faut garder son travail donc il faut travailler plus, on ne peut pas rouspéter, on ne peut pas remettre en question l'injustice qui est toujours là parce que les employeurs ont tendance à exploiter les gens donc c'est du chantage au travail. Et puis, il y a la compétition entre gens du même niveau, il y a beaucoup de compétition pour essayer d'évincer l'autre et donner du boulot à quelqu'un d'autre. Il y a aussi les problèmes de maintenir un certain niveau pour sa famille etc et de ne pas y arriver parce que les frais sont de plus en plus importants... Il faut payer la maison, les frais des enfants et puis on n'y arrive pas et il y a beaucoup d'hommes qui décompensent comme ça... Moi j'en connais beaucoup qui sont en burn-out alors qu'ils n'ont pas fait grand chose apparemment et qui se laissent tenter par les drogues justement parce que c'est un truc qui leur permet de continuer à travailler. Moi je connais beaucoup de gens, je connais beaucoup de personnes qui travaillent et qui sont toxicomanes. Pourquoi ? Parce que ça leur permet de garder un certain personnat comme on dit en psychologie et de pouvoir continuer à être présent et de continuer leur boulot et de continuer à nager... Donc ça c'est vrai que c'est une sorte de misère qui est en train de grandir, les gens luttent et on a l'impression qu'ils coulent. Ils sont un peu lestés par la misère, ce serait une image.

Et quelles sont les principales difficultés que tu rencontres dans la prise en charge des patients précarisés ?

Je crois que la principale difficulté c'est surtout de ne pas passer en burn-out parce qu'on ne sait plus proposer grand-chose. En principe, on est là pour la santé... Tu es malade, je vais te donner les médicaments puis tu vas voir le spécialiste puis on se revoit et voilà tu seras guéri !

Non, c'est beaucoup plus compliqué parce que c'est tout un milieu, c'est toute une vie en général qu'il faut soigner. Quelqu'un qui s'est fait abuser quand elle était jeune, elle est foutue puis elle arrive avec toutes ses histoires annexes, justement beaucoup dans l'errance, dans le déni de plein de choses... On peut accompagner ces gens-là mais la misère, elle sera toujours là même quand on les remonte économiquement ou moralement ou matériellement... On se sent toujours impuissant, moi j'ai l'impression quand on arrive là. Donc en général, notre rôle devient surtout un rôle d'accompagnement et ça, il faut pouvoir l'accepter. C'est un rôle qui est modeste mais qui est important malgré tout parce que les gens savent qu'on connaît déjà leur histoire et qu'ils n'ont rien à prouver de particulier.

Donc c'est plus une difficulté pour toi, tu ne remarques pas qu'ils arrivent en retard, qu'ils sont moins compliants,... ? Parce qu'on retrouve beaucoup ça dans la littérature.

Non, ça surement pas ! Je pense qu'ils viennent quand ils peuvent s'ils viennent. S'ils ne savent pas venir, c'est plus emmerdant pour moi et le secrétariat. Je leur dis s'ils ont un autre truc à faire, c'est leur échelle de priorités qui n'est pas la même que la nôtre.

Quand ils ne viennent pas, je leur dis, on va s'arranger autrement...

Penses-tu qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

Ces histoires d'optimiser la prise en charge, c'est le genre de vocabulaire que je n'aime pas beaucoup parce que...

Mais est-ce que le fait de prendre en compte tous leurs problèmes financiers, leur famille, peut aider leurs problèmes de santé à aller mieux ou pas ?

Je dirai que ce sont des retombées positives mais je n'en ferai pas une priorité. C'est pour ça que mon but, ce n'est pas vraiment de leur donner une bonne santé... La bonne santé, je crois qu'elle sera là justement si on tient compte de l'ensemble...

Des gens qui ont de quoi vivre, là je ne dis pas... Je vais parler des courbes de risque, d'une manière scientifique mais pour des gens qui sont dans la merde, non ! Là, c'est plutôt essayer de voir ce qu'on peut faire pour eux, pour que ce soit supportable, qu'on puisse améliorer un petit peu les choses...

Mais c'était plus dans le sens, est-ce que la collaboration avec un service social est intéressante ?

Oui, je crois qu'en médecine générale, si on veut s'occuper de la population précaire, il faut travailler en réseau ! Tu ne sais pas faire autrement, franchement !

Un médecin seul, ce n'est pas possible ?

Je ne crois pas... Tu verras pour la toxicomanie, tu travailles seul, t'es foutu !

Donc c'est vraiment le rôle du médecin généraliste, en réseau, de prendre en charge cet aspect social ?

Je crois qu'il y a beaucoup de médecins... qui travaillent en réseau différemment. L'enveloppe du médecin, t'as une enveloppe qui est plutôt personnelle qui permet d'approcher les gens d'une certaine manière et à côté de ça, tu as tout le réseau qui est un outil pour te permettre de diriger les gens dans une direction ou dans une autre.

Et est-ce que tu as l'impression que tu as suffisamment été formé durant tes études à la prise en charge de ces patients ?

Je crois que ça, ça ne prend pas ! D'autant plus que moi, c'était encore la médecine qui était enseignée de manière globale. On avait peu de profs mais on avait beaucoup d'exams... C'était la médecine interniste pure et dure. La santé publique, par exemple, j'en ai pris goût quand j'ai été à Anvers, quand j'ai fait le truc à Anvers. Puis je me suis spécialisé par après quand j'ai eu des responsabilités à ce niveau-là... Et c'est à ce moment-là justement que j'ai appris beaucoup de choses sur la communication, sur la manière de présenter les choses...

Donc ça, ça t'a aidé pour la prise en charge, pour évoluer dans le métier ?

Oui, parce que quand tu t'occupes de populations en Afrique ou bien, au milieu de l'Afghanistan... Quand tu les vois ici, finalement, à part le turban et le chameau... C'est extrapolable... Tu as la misère qui est toujours la même...

Et si on t'avait proposé une formation avant de commencer, par exemple sur le travail en réseau, ça t'aurait aidé ?

Je crois que ça doit être obligatoire. Je crois qu'intuitivement, beaucoup de personnes veulent travailler en groupe. On doit avoir des partenaires dans tout car on va exiger de plus en plus du médecin traitant...

Encore une petite question, ça c'est un outil que le Collège de Médecine Générale en France propose pour inscrire dans le dossier informatique pleins d'indicateurs sociaux pour nous aider à visualiser la situation sociale de notre patient... Est-ce que tu juges ça intéressant ou tu trouves ça trop intrusif ?

Je ne le fais pas comme ça au début... Mais ce sont des trucs qu'on peut remplir petit à petit... On le fait déjà pour la toxicomanie tout ça...

Et ça t'aide pour les prendre en charge ?

Oui... Pour la toxicomanie, on a toute une population qui a été définie comme ça et alors le problème du couple, a été discuté en équipe parce que c'est un problème réel et alors, la place des enfants dans le couple, c'est intéressant aussi parce qu'il y en a qui ont des enfants mais qui ne sont jamais avec eux parce qu'ils n'ont pas la garde, ils ne les voient jamais et d'autres qui n'ont pas d'enfants et qui ont des compagnes qui ont des enfants ...

A un moment donné, je m'étais amusé à faire des corrélations pour voir si ce statut-là avait un lien avec la peine de prison, est-ce que le fait d'avoir un métier,...

Donc ce sont des facteurs qui peuvent être intéressants dans une étude...

Ou à remplir au fur et à mesure quand on discute sans donner l'impression de faire une enquête.

En conclusion, dans un documentaire vidéo d'une ASBL à Bruxelles, il y a quelqu'un qui dit qu'on peut définir les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. Est-ce que tu trouves que ça résume bien ?

Oui oui. Quand tu es dans une angoisse, tu régresses au niveau psychologique, tu arrives dans des zones qui sont floues, borderlines...

C'est ça qu'on a des crises de panique... C'est dans ce milieu-là que tu as des gens qui ont l'impression de sombrer... J'en ai un qui vient tantôt justement... Il a sombré en 6 mois parce qu'il a perdu son boulot. Le moindre truc et ce sont des personnalités fragiles... Il n'a pas connu son père et sa mère était une vieille tarte dont il ne sait pas se détacher. Je crois que tous ceux qui sont dans la précarité ou qui vont y tomber sont des gens fragiles, qui ont derrière eux un passé qui les a fragilisés. C'est ça que quand tu les vois, c'est toute une vie, ce ne sont pas des éléments isolés comme ça... C'est assez compliqué et puis je crois que c'est vraiment en tant que généraliste que t'arrives à mettre les mots et à relativiser tous les aspects du traitement. Certains sont pertinents, d'autres ne le sont pas.

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

Femme. J'ai 29 ans. Ça va faire 5 ans au mois d'octobre que je suis ici à la Maison Médicale donc 2 ans d'assistante et presque 3 ans comme médecin indépendante.

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

Disons qu'en maison médicale, on y est confronté d'une manière assez évidente et journalière et même plusieurs fois par jour.

Les moyens pour les aider, ces personnes précarisées et pour y remédier, je dirais déjà notre système en tant que maison médicale est un gros système qui permet de les aider et d'avoir accès à des soins tout en n'ayant pas de monétisation de cette santé. Maintenant, il y a le contrat qui est là et qu'il faut respecter mais souvent ça se passe bien. Et donc, c'est vrai que moi dans ma pratique, ce système-là est prépondérant et c'est ce qui nous permet de pouvoir aider ces personnes-là à notre niveau, à notre échelle. On travaille avec les assistantes sociales grâce à la maison médicale et le réseau qu'elles se font, on arrive à avoir des aides comme ça qui peuvent se faire et on se dépanne quand même pas mal.

Donc le système au forfait vous convient ?

Oui !

Et ça aide bien cette population-là ?

Cette population-là oui mais ce n'est pas uniquement ciblée pour cette population-là. Mais c'est vrai que c'est hyper valorisant pour cette population d'avoir de l'estime de soi, c'est important, d'avoir des soins de santé qui peuvent être que de première ligne mais parfois on arrive en débloquent des situations avec les assistantes sociales, en mettant des mutuelles non payantes aussi. Parce que c'est vrai qu'on pense aux grosses mutuelles où il y a une cotisation à payer mais il y a celles où on ne doit pas payer de cotisation qui permettent quand même de donner une couverture de base. Donc après, on arrive à avoir des soins de seconde ligne par moment, de manière plutôt limitée quand même car la facture est quand même là mais d'avoir une aide par la suite qui peut quand même est assez globale si on cherche bien.

Et si vous deviez donner une définition de la précarité, laquelle serait-elle ?

Personne précarisée, pour moi c'est une personne qui déjà au niveau financier plutôt ne touche pas un revenu minimum auquel il a droit et donc qui est en-dessous de ce revenu-là et qui du coup, ne peut pas subvenir à ses besoins comme il le veut.

Est-ce que cette précarité a un impact sur la santé ?

Oui, d'office ! Parce que ce sont des personnes souvent qui doivent faire des sacrifices sur une chose ou l'autre que ce soit l'alimentation, que ce soit le logement, que ce soit l'hygiène. Ce sont les 3 choses les plus prépondérantes selon moi mais ces trois-là ont un impact quand elles sont déficitaires. Donc d'une manière ou d'une autre, ça va impacter la santé et moralement aussi évidemment.

Est-ce qu'il y a des pathologies qui sont plus importantes que d'autres ou pas spécialement ?
Pour moi, je ne dirais pas spécialement. Oui, il y a la mauvaise santé liée à l'hygiène, à la dénutrition mais on retrouve exactement toutes les mêmes pathologies. Elles sont peut-être un peu plus fréquentes mais pas prépondérantes. Je dirais qu'ils feront plus facilement des infections respiratoires ou autre mais ça reste les mêmes infections respiratoires qu'une personne qui a de l'argent et qui a accès aux soins de santé « normaux ».

A quoi pensez-vous quand on vous dit précarité et médecine générale ? Par exemple, 5 mots-clés

J'en ai déjà dit beaucoup mais c'est... Je n'ai pas de mots-clés pour définir ça parce que ça fait tellement partie de la pratique. C'est courant pour nous donc je n'arrive pas à me dire parce qu'il est précarisé, il y a un truc spécial. Donc pour moi, je dirais que ça reste un patient comme un autre qui vient pour des soins de santé parce qu'il a des problèmes pour une chose ou l'autre. Il y a quand même le social qui vient d'une manière assez importante donc on fait peut-être du médico-social que du médical pur mais en même temps, comme on est en maison médicale, ce médico-social, on le fait tout le temps même avec des patients qui ne sont pas précarisés.

Du coup, j'avais comme question « comment définiriez-vous le dernier patient précarisé vu en consultation... est-ce qu'il y a des signes qui vous mettent la puce à l'oreille ? »

Quand même. On regarde déjà physiquement comment il est, son odeur, son aspect physique, ses vêtements. Ce sont des petits signes qui ne sont pas systématiques parce qu'il y a des patients qui ont de l'argent et qui n'ont juste pas envie de prendre soin d'eux. Donc on doit pouvoir faire la part des choses dans tout ça mais c'est vrai qu'au premier abord puis le système au forfait fait qu'on demande régulièrement la carte d'identité, qu'on regarde régulièrement s'il est en ordre de mutuelle ou pas et donc c'est quelque chose qu'on a assez vite en connaissance parce que voilà, ils n'ont pas leur carte d'identité, elle est périmée ou ils n'ont plus d'adresse connue ou bien voilà, la dame qui gère notre forfait nous dit que l'organisme assureur lui a dit qu'il n'était plus en ordre. Voilà, ce sont les petits indices qu'on a aussi indirectement mais qui nous permettent de faire intervenir le niveau social un peu plus rapidement aussi.

Pensez-vous que les visites à domicile ont encore toute leur importance dans la prise en charge de ces patients ?

Oui parce que justement, parfois on est bien étonné de voir la différence entre ce qu'on voit en consultation où souvent, généralement 1 patient sur 2, essaie de bien paraître quand il vient consultation et donc il prend un peu plus soin de lui, il a moins bu, il s'est un peu plus parfumé ou il a été se laver justement le seul jour où il devait voir le médecin et donc en consultation, on ne voit pas toujours ça car ils cachent cette précarité-là. Quand on va à domicile, c'est généralement là qu'on se prend une belle claque parce qu'on voit qu'ils vivent dans une insalubrité énorme où justement le logement n'est pas du tout adapté, adéquat (il n'y a pas de chauffage, il n'y a pas d'eau chaude, pas d'électricité, ...) et c'est là qu'on se rend compte qu'il y a de grosses misères qu'on ne voit pas en consultation. Donc la visite à domicile, elle permet, parfois mais pas tout le temps, de se rendre compte de certaines situations qui étaient cachées par le patient qui en a honte la plupart du temps. Ce sont des gens qui ont honte de cette situation-là mais qui vivent dedans parce qu'ils n'ont pas d'autres possibilités, en tout cas, eux ne voient pas d'autres possibilités. Et là, le fait de nous mettre le doigt dessus,

souvent ils sont un peu voire beaucoup mal à l'aise mais comme après, on a des pistes, généralement ils reviennent après et nous disent merci.

Donc suite à des visites à domicile, il y a eu des améliorations ?

Oui et même parfois c'est indirectement, ce n'est peut-être pas moi qui vais à domicile... Cela peut être l'infirmière, le kiné parce que le patient ne sait pas se mobiliser tout de suite ou alors l'assistante sociale qui raccompagne le patient chez lui après une démarche et qui vient me dire « oh j'ai vu ça... » et du coup, hop, on a un pied dedans et tout se met en route.

Avez-vous vu une évolution de votre pratique au fil du temps face à ces patients ?

Oui et non parce qu'en fait j'ai commencé directement ici. J'ai fait 2 gros stages ici donc c'est vrai que j'ai tout de suite été habitué à la pratique maison médicale. J'ai fait quelques gros stages en pratique libérale où ça a effectivement été très différent mais c'est vrai qu'au final, ce qu'on nous apprend à l'école et ce qu'on vit au jour le jour ici, ce n'est pas du tout la même chose. Oui, on s'adapte et par rapport aux formations qu'on a, par rapport, même en tant qu'assistante au SPMA ou SLR en fonction de l'université, on se rend compte qu'il y a un gros décalage entre ce que nous on vit et ce qu'on va faire pour nos patients. Donc oui, on s'adapte mais surtout sur les demandes d'examen qui vont être beaucoup plus réfléchies et... Je ne dis pas qu'elles sont faites n'importe comment par les autres médecins mais en tout cas, on va vraiment faire en sorte qu'elles soient utiles. Ce n'est pas juste pour dire de faire une analyse pour le plaisir, les médicaments on va réfléchir à ceux qui soient le moins cher possible ou remboursés, éviter les doubles utilisations... C'est hyper réfléchi comme pratique et après, ça devient un automatisme même pour les patients qui ne sont pas forcément dans le besoin. Mais c'est vrai qu'elle (*la pratique*) s'adapte à ça.

Et donc, du coup, c'était la question suivante, quelles sont les principales difficultés rencontrées en médecine générale dans la prise en charge notamment par rapport à la prescription d'examens, ... ?

Oui voilà, les prescriptions d'examens sont compliquées... Enfin, ce n'est pas compliqué mais c'est qu'on sait que ça induit des factures. Et donc, il faut réfléchir à ça parce que ce sont des patients qui sont déjà soit endettés ou qui ne sauront pas payer sinon ils vont s'endetter et donc on doit vraiment réfléchir à la pertinence de l'examen et cibler directement le bon. Parce que des fois, pour un problème articulaire par exemple, on va commencer par une radio, par une échographie et puis on va se dire, scanner puis IRM donc au lieu de faire 4 examens, on va cibler directement et réfléchir différemment en tout cas.

Et alors, ce que j'ai lu beaucoup dans la littérature, c'est que beaucoup de médecins disent que la non-compliance, le retard ou l'agressivité, ça leur pose problème mais est-ce que vous, vous ressentez ça dans la pratique ?

Non, je dirais qu'on n'a pas ce problème là parce qu'il n'y a pas l'aspect financier en consultation. Donc c'est vrai qu'on a plus facilement l'opportunité de dire « revenez » ou de mettre directement un rendez-vous à l'avance parce que je n'ai jamais fait payer une consultation sauf en garde mais je me dis que si je dois dire à un patient de revenir dans 2 jours et se dire qu'il doit payer la consultation, même en tiers payant, c'est toujours de la monnaie à sortir et c'est vrai que ça peut être un peu dérangeant. Ici, notre avantage c'est qu'on n'a pas peur de faire ça, c'est juste du temps, ce n'est pas de l'argent et souvent, ils ont

besoin de ce temps-là parce que même une présence, ça leur fait du bien, ils se sentent pris en charge et donc c'est vrai que ça se passe bien comme ça.

Pensez-vous qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

Oui, encore plus dans ce cadre-là.

Et limite, ça nous permet de le systématiser. C'est vrai qu'on n'y pense pas forcément... Ici, on a un étudiant infirmier et notre infirmière est justement en congé et c'est ce que je lui disais, lui il a l'habitude de l'hôpital, des patients qu'il ne va pas suivre ailleurs et je disais, ici ça va être ton point fort de venir nous voir parce que tu vas voir qu'en fait, il n'y a pas que le médical, il n'y a pas que le geste et la maladie qui compte, il y a tout le reste à côté ! Et donc, au lieu d'être ce médecin qui va tout faire découvrir, toi tu mets le patient au-dessus et puis tu t'adaptes à tout ce qu'il y a autour de lui et c'est une pratique qui est tout à fait différente mais qui est limite plus adaptée même à tous les patients, ça ne s'applique pas qu'aux patients précarisés.

Donc, vous collaborez tous les jours avec le service social de la maison médicale ?

Oui et puis même parfois, c'est bête mais les demandes SPF handicap et tout ça, c'est vrai que parfois il y a des révisions et on se demande si ça en vaut la peine mais plutôt que faire des bêtises et dire, on va le faire et puis tant pis et il perd des points... Ben non, pas tant pis il perd des points parce qu'il perd peut-être l'accès à 1 point près à des choses qu'il avait droit donc là ce qu'on fait, c'est qu'on voit avec l'assistante sociale qui fait une évaluation, elle nous dit ok, ça, ça va passer, ça, ça ne va pas passer et donc le service social, il est vraiment prépondérant et il nous aide. D'une part, il nous décharge d'une certaine partie et en même temps, ça permet d'avoir plusieurs intervenants qui vont avoir différents points de vue sur le même patient et pouvoir aider aussi donc c'est hyper important.

Donc, quand vous dites que ça décharge un petit peu, vous comprenez que parfois les médecins seuls sont parfois un peu dépassés ?

Ah oui, ça complètement !

C'est l'avantage des maisons médicales ?

Ça c'est clair parce que voilà, on a 20 minutes par patient. Les patients, au niveau social, ça prend plus que 20 minutes et je me dis qu'en pratique libérale, ils n'ont pas forcément 20 minutes. D'habitude, ils doivent voir plus parce que voilà, c'est comme ça, ils sont moins nombreux en médecins, ils ont plus de patientèle, ils sont tout seul à gérer que nous, on est à plusieurs, on peut se dépanner. Et donc, c'est vrai que je peux comprendre que ce soit des cas lourds et qu'on ait du mal à les aider à sortir de cette précarité-là, que nous, c'est notre force d'être à plusieurs et que quand l'un s'essouffle, l'autre est là pour prendre le relais, pour le soulager un petit peu et ça passe comme ça et du coup, il y a moins d'essoufflement et le patient est plus facilement aidé. Maintenant, il y a des cas qui sont hyper compliqués et où tout le monde s'essouffle aussi mais ça fait partie de tous les cas, de toutes les maladies... Il y a toujours des exceptions.

Du coup, on en a déjà un peu parlé mais est-ce que vous avez l'impression d'avoir été suffisamment formé dans vos études à la prise en charge de ces patients ?

Dans nos études, non. C'est la pratique, je ne dirai même pas en stage... Enfin oui, les stages, encore que c'est très dépendant de l'endroit où on est et du médecin avec qui on les fait. C'est vraiment sa pratique à soi, à quoi on est ouvert aussi parce qu'il y en a qui aimeront bien voir les gens précarisés et d'autres qui ne vont pas du tout aimer ce type de patient-là ou ce type de domicile-là. Parce que c'est vrai que ce n'est pas toujours évident de commencer une journée avec une visite où le logement est très sale, ça sent mauvais et se dire qu'on va avoir cette odeur-là sur soi parce qu'on n'a pas forcément prévu d'habits de rechange ou autre, ce n'est pas évident du tout... Voilà, je pense qu'on n'est pas formé à ça et que ça s'apprend sur le tas. Ce serait bien que tout le monde puisse nous aider mais je peux comprendre que ça rebute certains et que ce n'est pas donné à tout le monde de le faire.

Et si une formation qui expliquerait le réseau qui existe autour de nous, existait, trouveriez-vous ça intéressant ?

Moi je pense que ce serait bien mais je l'imagine difficilement parce que c'est dépendant de la région et parfois d'une ville. Donc c'est vrai que les universités, elles sont placées dans les grosses villes (Bruxelles, Louvain, Liège, Namur, ...) du coup j'ai du mal à me dire que quelqu'un qui part de là et qui va finalement pratiquer dans une petite ville, petit village, ce qu'il a appris à Bruxelles, il n'aura aucun effet, aucun impact sur sa pratique. Ça doit être des formations vraiment locales liées au cercle. Ça, ce serait intéressant que les cercles qui sont encore assez locorégionaux, puissent déjà ne fut-ce que donner à tous les jeunes médecins qui s'installent quand ils s'inscrivent dans ce cercle-là de donner un canevas reprenant le réseau qui existe parce qu'il y a plein de choses qu'on ne connaît pas. Encore maintenant, ça fait 5 ans que je suis là et j'apprends encore de nouvelles choses. Parfois je me dis, tiens ça je ne connaissais pas alors que j'aurais pu le proposer. Encore ici, j'ai été à une réunion la semaine passée et j'apprenais qu'il y avait une maison de repos pour personnes handicapées qui avaient des logements en semi-autonomie spécialement spécifiques pour les personnes handicapées. On ne le savait pas du tout et donc on se dit qu'il y a plein de choses comme ça qu'on ne sait pas et que ce serait bien d'avoir un répertoire par région. Après la formation, elle est un peu aussi personne dépendante mais ne fut-ce qu'un répertoire de tout ce qu'il existe, de toutes les aides auxquelles un médecin peut faire appel quand on a des situations comme ça, ce serait vraiment bien !

Si l'université pouvait introduire ça et se dire que voilà, quand vous vous inscrivez à votre cercle, vous savez que vous allez avoir des infos, ce serait déjà ça de gagné car les médecins seraient peut-être moins apeurés d'avoir à faire à ça, ils auraient des ressources de se dire « ben là je ne sais pas mais je sais que je peux faire appel à ça et emmener mon patient à aller consulter là ». Alors qu'actuellement, on est dépourvu de ça et à part le CPAS qui est très connu mais qui est débordé, qui a des heures bien précises de permanence et les patients en ont marre d'attendre et de ne pas être pris parce que c'est fini et qu'il faut revenir.

Donc ça pourrait bien dépanner d'avoir des informations plus ciblées et de se savoir qu'il y a des services d'accompagnement et diriger le patient au bon endroit en fonction de ce qu'il faut.

Voilà un tableau que le Collège de médecine générale en France a établi pour essayer d'avoir la situation sociale du patient dans notre dossier informatisé, est-ce que vous trouvez ça intéressant ou c'est trop intrusif ou vous le rempliriez au fur et à mesure... ?

Nous, on a un programme informatique, au niveau des maisons médicales qui permet d'avoir une extraction de données des statistiques qui s'appelle le tableau de bord et qui est géré par la Fédération des Maisons médicales et c'est moi qui le chapeaute depuis que je suis ici. Donc c'est vrai que c'est un sujet qu'on a déjà amené parce que ce n'est pas facile... Les premiers thèmes, dans le groupe A, on les a tous et puis compréhension du langage écrit, ça se fait un peu au fur et à mesure, même si on ne le demande pas en tant que tel, on se rend vite compte s'ils savent ou pas. Pour les autres, c'est vrai que c'est beaucoup plus délicat à demander mais je pense que soit quand c'est demandé dans un premier contact, ça passe beaucoup mieux parce que c'est la prise de connaissance. Le patient se demande moins pourquoi on demande ça, pourquoi on est intrusif comme ça... Maintenant je pense que si on explique bien ces questions, si on peut justifier pourquoi on les pose, oui c'est peut-être délicat sur le coup mais ce sera compris parce qu'on a l'explication derrière. Donc oui, ce sont des choses qui sont intéressantes même si c'est difficile à poser mais c'est pour ça que nous, on a le service social qui est là aussi et comme on fonctionne avec le forfait, on fonctionne avec un système d'inscription et donc notre inscription, elle passe d'office par l'assistant social et par un médecin. Donc l'assistant social va faire toute cette partie-là et nous, on va réessayer de cibler un petit peu cette partie-là, les choses qui ont déjà été demandées, on ne va pas s'acharner dessus parce que ce n'est pas évident... Mais s'il y a eu un souci ou si l'assistant social vient nous dire « là attention, il y a peut-être quelque chose qu'il faut regarder », on va approfondir mais c'est vrai qu'on essaye d'avoir la globalité ou le plus possible même si on sait que ça va évoluer pour certaines personnes, on essaye d'avoir un aperçu de tout ça le plus possible, dès l'entrée. C'est plus difficile pour nos patients chroniques de leur demander ça alors qu'on est censé les connaître, c'est ce qu'ils estiment en tout cas, donc c'est parfois plus compliqué mais c'est vrai que si on peut le faire, c'est toujours bien d'avoir cette notion-là.

En conclusion, dans un reportage de l'ASBL « PromoSanté & MG », un médecin décrivait les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. Trouvez-vous que ça résume bien ce que vous vivez dans votre pratique ?

Pour moi, oui parce que ce sont vraiment des personnes qui sont fragiles de par leur précarité et cette précarité comme je disais, elle impacte plein de petites branches donc effectivement, dès qu'il y en a une qui va souffrir comme par exemple une dette en plus ou un problème médical comme une pneumonie qu'on doit hospitaliser ou autre chose, tout prend très vite de l'ampleur et ça fait effet boule de neige très très vite et donc c'est ça qu'on essaye vraiment de pouvoir, quand on y arrive, quand on a notion de cette précarité, d'essayer de faire en sorte que cet équilibre, il aille plus vers le haut plutôt que de rester sur cette branche fragile où très vite, ils peuvent chuter et où on a du mal à les en sortir ou en tout cas, ça demande un travail de plus longue haleine. Le fait de faire un travail de manière chronique mais par petites doses et se dire qu'on va tout doucement l'en sortir et le faire remonter, c'est beaucoup plus facile que de faire ça dans l'urgence et où on ne s'en sort pas et où le patient est hyper démuni, hyper fragilisé par tout ça et il n'a pas envie de faire les démarches parce qu'il est à bout. C'est donc plus facile à faire quand on arrive à le capter à des moments où il est ± bien et on peut le relever et où il peut nous aider et collaborer plus facilement...

Et ça, c'est le rôle du médecin généraliste ?

Oui !

ANNEXE 5 : ENTRETIEN N°4 DU 27/02/2020

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

Mon Dieu... Donc je travaille depuis 1974 donc ça fait 45 ans, uniquement en médecine générale et uniquement en milieu rural. Je n'ai rien fait de particulier d'autre...

Et seul ?

Oui toujours seul.

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

Question un peu vaste...

Par exemple, quelle définition de la précarité avez-vous en tête ?

Je n'ai pas tellement de notion de précarité dans cette région-ci. Disons que les gens pour se soigner, avec le système VIPO, ce n'est quand même pas difficile. Ils ont quand même accès à la médecine très facilement. Nous on essaye toujours au point de vue médicament de donner toujours soit le médicament le moins cher, avant on pouvait faire beaucoup de magistrales, maintenant on ne peut plus tellement en faire... En magistrale, ça ne coûtait pas cher du tout...

Et selon vous, la précarité, ça se définit plus au niveau financier ou il y a une autre composante comme le social par exemple ?

Il y a les deux, oui. Il y a du social, le financier surement, l'intellectuel aussi parfois. C'est tout un ensemble. La composante familiale aussi. C'est parfois très vaste.

Et y-a-t-il un impact de cette précarité sur la santé ?

Probablement... S'il doit y en avoir, oui obligatoirement...

Rencontre-t-on des pathologies plus importantes dans cette population-là ?

Je ne pense pas... Moi je n'ai pas eu cette impression en tout cas.

Pas de pathologies plus cardiovasculaires ou santé mentale, par rapport aux interviews que j'ai déjà faites ?

Non, je ne peux pas parler de ça.

A quoi pensez-vous quand on vous dit « précarité et médecine générale » ? Si vous deviez donner 5 mots-clés ?

(Rires) C'est une question un peu difficile ça...

Disons question d'argent certainement mais sinon, moi je n'ai pas de gros soucis donc je ne vois pas vraiment...

Pas de généralisation qu'on pourrait faire avec cette population-là ?

Non

Et si vous deviez définir le dernier patient qui vit dans des conditions précaires en consultation ?

Mais qu'est-ce qu'on appelle précaire justement, c'est ça la grande difficulté...

J'ai un Mr qui est un petit peu limite point de vue cérébral mais je vois qu'il se débrouille bien. Il n'a certainement pas faim, il n'a certainement pas froid mais il vit de façon très précaire chez lui... C'est limite quoi forcément...

Quelle est la raison, selon vous, pour laquelle il vit dans ces conditions-là ?

Là, c'est intellectuel essentiellement, social certainement aussi...

Trouvez-vous que les visites à domicile ont encore leur importance dans la prise en charge de ces patients ?

Oui certainement, beaucoup plus que la consultation ici.

Avez-vous déjà réussi à faire certaines démarches avec le patient suite à une visite à domicile ? Par exemple, voir un assistant social ?

Ça je donne souvent ce conseil là quand même. L'assistant social pour savoir quelles sont les démarches à accomplir, ce qu'ils peuvent obtenir d'un point de vue pécunier notamment.

Avez-vous vu une évolution de votre pratique au fil du temps face à ces patients ? Si oui, laquelle ?

Moi personnellement non.

Par exemple, des jeunes qui travaillent et qui sont limite financièrement ?

Je n'ai pas du tout cette impression personnellement, non.

Rencontrez-vous des difficultés face à ces patients ? Vous disiez que vous adaptiez le traitement médicamenteux ?

Je réfléchis à ça, oui bien sûr ! Mais je n'ai pas de difficultés.

Ils ne sont pas plus agressifs ou plus en retard ?

Personnellement je n'ai jamais été agressé, certainement pas physiquement, même verbalement même pas non plus. Je parviens à les gérer, c'est possible aussi, comme je connais bien les gens, je sais comment il faut les prendre.

Et au niveau des examens complémentaires, réfléchissez-vous différemment ?

Je ne pense pas si ça coûte tellement cher aux gens finalement. Donc je ne fais pas plus attention à ça et je n'ai jamais eu de refus non plus...

Pensez-vous qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

Il faut aborder les gens différemment, forcément, ça c'est sûr.

Et est-ce que c'est le rôle du médecin généraliste ?

Ne fut-ce que pour la prescription de médicaments, moi je retranscris toujours sur une petite feuille. Les gens ont une double feuille donc ils savent très bien ce qu'ils doivent faire.

Et collaborez-vous avec un service social ? Ou avez-vous des contacts avec une assistante sociale ?

Non pas du tout, je trouve que les gens doivent se prendre en charge, je trouve que c'est important qu'ils le fassent eux-mêmes. Ça fait partie du traitement.

Connaissez-vous les aides dont ils peuvent bénéficier ?

Oui mais je demande souvent le recours à l'assistante sociale de leur mutuelle. C'est plus facile pour eux aussi, je crois quand même.

Avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment formé durant vos études à la prise en charge de ces patients ?

Pas du tout à ce moment-là, non. La mise en route est tout à fait différente. Nous quand on avait fini, à 25 ans, on était libéré, on était seul.

Pas d'assistanat, pas de formation donc c'est sur le tas qu'on apprend un petit peu.

Trouveriez-vous intéressant de travailler en réseau, avec des infirmiers, avec des assistants sociaux ?

Je suis tellement individualiste, on a toujours travaillé seul que non.

Et ça a fonctionné comme ça ?

Oui, bien sûr.

Que pensez-vous de cet outil qui recueille la situation sociale du patient, fourni par le Collège de Médecine Générale en France et proposé pour améliorer la qualité des soins dispensés ?

Etre en couple éventuellement... et savoir aussi comment fonctionne le couple parce que parfois, il fonctionne d'une façon très bizarre.

Le nombre d'enfants à charge, je crois que c'est important forcément.

Vivre seul... Mais ce n'est pas parce qu'ils vivent seul qu'ils sont isolés, obligatoirement.

Pays de naissance, pas ici dans la région en tout cas...

Niveau d'étude, je crois que c'est un petit peu secondaire parce qu'il y a des gens qui n'ont pas suivi une grande formation mais qui se débrouillent très bien dans la vie.

S'ils bénéficient d'allocations spéciales, cela vous importe pour votre prise en charge, notamment au niveau prescription ?

Non pas du tout, généralement, on ne le sait pas. Mais disons, des dossiers Vierge Noire, j'en ai fait dans la vie.

Et le fait de les remplir, est-ce que cela changeait votre façon de travailler par après avec ces patients-là ?

Non pas obligatoirement... Mais c'est vrai que je les remplis bien.

Et si on leur pose ces questions-là, trouvez-vous ça trop invasif par rapport au patient ou c'est dans leur intérêt ?

C'est dans leur intérêt, ce n'est pas invasif, non.

Les minimas sociaux, oui forcément mais ça dépend comment ils gèrent leur argent, c'est ça aussi le grand souci. Pour moi, si tout le monde gérait bien son argent, ce serait possible de s'en sortir. Quand on va dans une maison et qu'on voit un enfant de 5 ans qui a un GSM, ce n'est quand même pas normal !

Et alors, en conclusion, on pourrait décrire les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au

niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile.

Oui je crois que ça c'est vrai, probablement.

Et avez-vous rencontré des gens chez qui quelque chose avait fait basculé leur équilibre et puis on avait dû mal à leur faire récupérer ?

Pas spécialement côté financier mais les gens en parlent quand même. Il faut être réaliste, à l'écoute. Si nous, on est déjà à l'écoute, en tant que médecin, ce n'est déjà pas mal... Le reste, ce sont les services sociaux qui doivent venir se mettre en route mais ce n'est pas tellement nous à ce moment-là. On doit les aiguiller un petit peu à droite, à gauche mais on ne sait pas les prendre en charge directement. Déjà écouter, c'est déjà pas mal je crois...

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

Je suis généraliste depuis 7 ans maintenant. J'ai commencé mon assistantat en maison médicale, j'ai fait 2 ans en maison médicale à Tournai et j'ai commencé, il y a bientôt 5 ans, en médecine générale en pratique ... Enfin, on travaille à 2 donc on est en collaboration, on travaille à 2 médecins généralistes.

Et votre âge ?

33 bientôt.

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

Je pense que malheureusement, j'ai une bonne connaissance de la précarité en médecine générale parce que je travaille beaucoup avec des gens dans la précarité. Les moyens mis en place, ça dépend un peu des situations je dirais... J'oriente en fonction des problèmes mais voilà, je pense avoir une bonne connaissance des possibilités qu'on a pour aider les gens à ce niveau-là. Je ne suis pas certaine que ce soit suffisant mais bon...

Et si vous deviez définir la précarité, ce serait quoi pour vous ?

Pour moi, c'est une difficulté à accéder aux soins, pas forcément médecin mais ne fut-ce qu'à aller s'acheter des médicaments. Pour moi, la précarité, c'est ça, c'est quand les gens commencent à devoir faire le tri dans leurs priorités.

Est-ce que cette précarité a un impact sur la santé ?

Clairement !

Et est-ce qu'il y a des pathologies que vous rencontrez plus fréquemment chez les patients en situation de précarité ?

Oui, je pense qu'il y a aussi un lien un petit peu indéniable entre la précarité, la mauvaise alimentation du coup pas mal de maladies qui sont liées (diabète, obésité morbide et tout ce qui s'en suit... syndrome d'apnées du sommeil, dépression, psychose, ...) Voilà, je pense que tout ça, c'est malheureusement en lien. La consommation de stupéfiants, de drogues, ... on est dans ce milieu-là même si on ne peut pas en faire une généralité mais malheureusement c'est plus fréquent.

Et par rapport aux connaissances du système de santé belge, je voulais surtout parler par rapport au BIM, au tiers payant, ... Trouvez-vous que c'est une bonne façon de pouvoir offrir aux gens plus précaires un accès aux soins de santé ?

Oui et non.

Oui, je pense que le système de BIM, ça reste une bonne solution pour les gens précaires. Maintenant, en tout honnêteté, il y a des choses qui sont faites qui pour moi, n'est pas toujours un cadeau pour eux parce que dès qu'ils dépassent un petit peu la limite, on repasse dans un système normal et ça les défavorise énormément. Moi, quand quelqu'un perd son BIM, je ne modifie pas ma manière de faire donc je vais me dire que je préfère gagner 3€ ou 4€ en moins plutôt que lui imposer de me payer plus alors que finalement, il a eu le courage de retrouver un boulot et ce n'est pas une solution pour eux parce que souvent, ils doivent placer leurs enfants chez des nounous qui leur coûtent et finalement, ils sont encore dans une

précarité plus importante quand ils repassent en système non-BIM donc moi je trouve qu'il n'est pas bien fait ce système même si ça aide les gens pendant un moment et qu'ils sont dans des situations très précaires. Dès qu'ils remontent un peu au niveau social, on les réenforce donc moi, je pense que c'est très mal foutu même si c'est très avantageux pour des gens qui sont dans une grande précarité. Ceux-là sont bien advantagés par le système, parfois un peu trop mais ça, c'est mon avis.

A quoi pensez-vous quand on vous dit « précarité et médecine générale » ? Par exemple, 5 mots-clés qui vous viennent à l'esprit.

Les pathologies qui sont liées, un problème d'argent, de milieu social, d'accès aux soins et si je dois en trouver un 5^{ème}, moi je fais beaucoup de soins à domicile chez les patients les plus précaires donc moi, c'est ça qui me vient en premier en tête. Je fais beaucoup plus de visites à domicile dans les milieux précaires et ce n'est pas forcément une mauvaise chose. Ce n'est pas toujours évident pour le généraliste.

C'était justement ma question suivante, est-ce que vous trouvez que les visites à domicile ont encore toute leur importance dans la prise en charge de ces patients ?

Oui clairement même si parfois je m'en passerai et c'est ce que je trouve aussi dommage, c'est ce qui me contrarie un peu dans la pratique de certains qui clairement, font un tri dans leur patientèle en refusant les patients BIM et les visites à domicile... Je ne vois pas l'intérêt de faire de la médecine générale si c'est pour faire de la médecine de riches.

Et si vous deviez définir le dernier patient précarisé vu en consultation ?

Mon dernier patient vu en consultation c'est une patiente qui est seule à travailler à la maison, son mari a une hernie discale. Avant, il travaillait non-déclaré donc ils arrivaient à s'en sortir avec leurs 5 enfants, maintenant il a une hernie discale, aucun revenu et pas de chômage, pas de mutuelle. Voilà, ils sont dans une situation catastrophique parce qu'elle, elle a un revenu qui est suffisant pour qu'ils n'aient pas accès à un statut BIM et du coup, ils sont limités... Je ne leur demande pas de le faire mais ils ne sont pas capables de me payer mes consultations et donc voilà, je les passe en tiers payant à chaque fois et on évite de parler de ça et je fais comme si de rien n'était quand ils s'en vont pour éviter de les mettre mal à l'aise par rapport à ça.

Avez-vous vu une évolution de votre pratique au fil du temps face à ces patients notamment par rapport aux personnes qui travaillent ?

Oui tout à fait, avant je n'étais pas aussi sensible à ça. Par contre, j'ai commencé en maison médicale donc le système était tout à fait différent et quand j'ai commencé à travailler et que j'ai dû demander de l'argent pour mes visites ou mes consultations, ça a été quelque chose de très difficile pour moi parce que je n'avais pas l'habitude de travailler dans ce domaine mais je ne suis pas sûre que ma pratique ait changé, maintenant je me suis clairement adaptée à la vie de mes patients. J'estime pouvoir bien vivre avec l'argent que je gagne et je n'ai pas besoin d'en avoir plus pour être heureuse donc voilà, si ça doit passer par là, ça passe par là !

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de ces patients ?

L'accès aux soins, l'accès aux médicaments, le fait que certains hésitent avant d'aller faire des examens complémentaires, le fait que je fasse attention à ce que je prescris aux gens pour essayer de vraiment ... J'essaye de ne pas le faire, mais je ne prescris pas de la même manière

pour quelqu'un qui n'a pas d'argent que pour quelqu'un qui n'aura pas de soucis à aller à la pharmacie.

Et même chose pour les examens complémentaires ?

Oui et non, enfin j'essaie de faire beaucoup plus attention à leur dernière prise de sang, s'ils ont déjà fait une B12 dans l'année, je ne vais pas forcément demander la vitamine D dans leur prise de sang alors que ce n'est pas forcément utile. Je vais les compléter d'office parce que je sais qu'ils sont carencés chroniquement. Enfin oui, je fais aussi différemment dans les examens complémentaires.

Dans la littérature, j'avais beaucoup lu que certains médecins insistaient sur la non-compliance, le retard, l'agressivité comme difficulté, remarquez-vous ça ou pas du tout ?

Non pas du tout parce que je pense qu'à partir du moment où on les respecte, ils nous respectent. Alors je ne vais pas dire qu'ils sont tous parfaitement à l'heure, on est d'accord mais je ne pense pas que ce soit lié à la précarité... Au début, oui, j'ai pu remarquer ça parce qu'il n'y avait pas ce sentiment de respect de leur part envers moi mais je pense qu'au fur et à mesure qu'on leur tend la main et où on les aide dans leurs démarches et où on essaye de s'adapter à leurs problèmes et qu'on les écoute, il y a un respect qui s'installe et maintenant j'ai moins de problème avec les gens précarisés qu'avec les autres.

Pensez-vous qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

C'est triste mais oui... Je trouve ça tout à fait dommage et quelque part, inacceptable mais oui.

Et est-ce que c'est le rôle du médecin généraliste de s'occuper de ce côté social ?

Clairement parce que dans les hôpitaux, ils ne se rendent absolument pas compte de la situation des gens. Ils ne connaissent pas les milieux dans lesquels ils évoluent. Ils s'habillent toujours bien quand ils vont à l'hôpital, ils essayent toujours de faire un effort quand ils vont voir un spécialiste, ce qui n'est pas forcément le cas quand ils nous voient parce qu'ils nous connaissent de longue date. Ils ne vont pas rendre leur logement impeccable comme quand l'assistant social va passer pour éviter d'avoir des problèmes avec leurs enfants. Nous, on arrive quand ils ont besoin, quand les enfants sont malades et donc ils ne vont pas commencer à tout nettoyer et à faire que tout soit impeccable pour faire semblant donc nous, on les a « au naturel », je dirais.

Et ce qui est intéressant, c'est comme vous avez travaillé 2 ans en maison médicale, il y avait un service social sur place et maintenant, est-ce que vous collaborez toujours avec un service social ?

Oui, en fonction des domaines. Ça peut être le CPAS, la mutuelle, ... Maintenant, c'est vrai que j'ai beaucoup appris de ce service social et que je connais un peu les endroits où les envoyer pour obtenir ce qu'ils ont besoin. Donc je pense que j'ai eu beaucoup de chance de travailler dans ce milieu-là au début pour connaître les endroits où les orienter.

Avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment formé durant vos études à la prise en charge de ces patients ?

Non pas du tout.

Donc c'est grâce à l'assistanat ?

Oui clairement grâce à l'assistanat. Maintenant, moi j'ai eu la chance, ma mère est généraliste, enfin je ne sais pas si on peut vraiment dire ça mais quand j'étais petite, très régulièrement, il n'y avait pas de moyen de garde forcément en soirée et elle avait une visite d'urgence et on était là à trois avec ma mère, on partait en visite et elle nous laissait pas dans la voiture, elle nous emmenait chez les gens donc très vite, on a été élevé là-dedans à respecter aussi les différences sociales et ça je pense que c'est très important aussi. Je connaissais le problème mais je n'ai pas été formé à l'université pour ça.

Et aurait-on besoin d'une formation à l'université ? Trouveriez-vous ça intéressant ?

Je ne sais pas si on peut former à ça. Je pense que ce n'est pas possible d'être formé à ça, on peut nous prévenir, on peut nous expliquer mais on aurait probablement besoin de plus de formation au niveau des aides disponibles, ça je pense que oui mais formé à la précarité, à part les aides disponibles, je ne vois pas comment nous préparer à ça.

Par exemple, être informé du réseau qui existe, trouveriez-vous ça intéressant ?

Oui, ça ce serait intéressant. Mais encore c'est tellement variable en fonction de la région où on se trouve que je trouve que c'est à nous de nous former notre propre réseau et de connaître un peu les gens avec qui on peut travailler de cette manière-là.

Mais si le cercle, par exemple, organisait cela pendant une assemblée générale, ce serait intéressant de savoir un peu ce qui se passe ?

Oui je pense mais nous, on l'a notamment via nos GLEMS. On organise souvent via nos GLEMS des rencontres avec des membres du réseau, ce qui est très intéressant parce que ça nous ouvre quand même pas mal de portes et ça, je trouve que c'est très chouette. Et je pense que l'expérience des autres médecins peut nous aider aussi. J'espère que ça va continuer comme ça mais j'ai l'impression qu'on est plus dans un ensemble de généralistes que vraiment des pratiques solos « chacun son secteur, tu ne prends pas mes patients, je ne prends pas les tiens », je pense que maintenant, on est plus en train de travailler ensemble que comme c'était il y a 30 ans.

Que pensez-vous de cet outil qui recueille la situation sociale du patient, fourni par le Collège de Médecine Générale en France et proposé pour améliorer la qualité des soins dispensés ?

Pour moi, on le fait naturellement. Faire ça, commencer à compléter des questionnaires, je crois que c'est trop violent pour les gens. Je pense qu'on doit apprendre à les connaître et oui, nom-prénom-sexe-adresse, ça se sait via la carte d'identité. Mais pour le reste, on doit essayer d'apprendre à connaître les gens par nous-même et que les gens puissent nous faire confiance. Maintenant, savoir s'ils sont en couple ou s'ils ont des enfants, ça vient vite dans les conversations. Savoir le milieu professionnel, pareil, on le sait vite aussi. Maintenant, pareil pour le statut social, on le sait via la carte d'identité, alors c'est très malheureux à dire mais quand on voit que quelqu'un est BIM, on se doute que ce n'est pas quelqu'un qui a de l'argent et qui va pouvoir s'en sortir facilement donc je pense qu'on a vite toutes les informations sans passer par des tableaux et des questionnements systématiques.

Et alors, en conclusion, on pourrait décrire les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au

niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. Qu'en pensez-vous ?

Oui c'est tout à fait ça, c'est que parfois une bêtise peut les faire basculer au niveau psychologique. Ils tombent pour des bêtises, on a parfois des situations où on se dit « M'enfin, c'est pas grave, relève-toi, vas-y, avance ! » et eux, ils ne se relèvent pas. Mais je pense que c'est notre rôle d'essayer de les relever.

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

Je suis sortie en 2005 donc j'ai 42 ans. Médecin généraliste de l'UCL. Je travaille seule mais depuis l'année passée, j'ai une assistante. On est à 5 kms de la ville mais c'est vraiment une pratique rurale. J'ai fait mon assistanat aussi en milieu rural et actuellement, c'est plus ou moins le même genre de pratique que lors de mon assistanat.

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

Justement, on n'est pas bien informés... Et nous, comme c'est rural, je fais partie du même village donc je connais les gens et du coup, on sait qu'il y a certaines personnes qui ont plus de mal et même s'ils ne sont pas BIM ou autre, on fait plaisir. Qu'ils viennent à 3, à 4, on ne fait payer qu'une visite et voilà, on fait passer comme ça. Donc c'est du « stoemeling » un peu... C'est un petit peu au cas par cas... Maintenant, on ne connaît pas tout et c'est justement parce qu'on est dans la médecine générale, on ne peut pas toujours s'imaginer... Quand je vais porter les enfants à l'école, je me dis celui-là, il a l'air bien financièrement et finalement, je sais par mon métier que ce n'est pas le cas et donc si je sais faire plaisir avec des échantillons, des choses comme ça, je le fais...

Et si vous deviez donner une définition de la précarité...

Financièrement déjà et donc c'est vrai que toutes les personnes qui sont déjà BIM, OMNIO, c'est déjà un signe. Maintenant, il y a beaucoup de couples qui travaillent tous les 2 et qui malgré tout, sont très justes et donc j'ai des personnes qui ne venaient pas parce que justement ça paraissait trop cher donc le fait de le savoir, je leur dis « Mon Dieu, ce n'est pas grave, tu me paieras quand tu sauras ». Et donc parfois, il y a 5-6 visites qui trainent et puis, de temps en temps, ils viennent m'en repayer une et me disent « ça c'était pour la fois d'avant ». Je ne calcule pas parce que sinon moi je calculerais et alors ça m'énervait.

Et est-ce que cette précarité a un impact sur la santé ?

Oui parce que moi je pense que les personnes qui sont vraiment OMNIO, BIM, ils sont vraiment bien pris en charge parce qu'ils ne paient qu'1 € et ils viennent nettement plus et même parfois trop et par contre, comme je disais, d'autres qui sont salariés tous les 2 et qui ne s'en sortent pas et eux, ne se soignent pas mais une fois que je dis « Ecoute, non, cette fois-ci, je n'ai fait que des ordonnances » donc je laisse passer parce que je vois que c'est tout juste ou alors, je trouve une bricole et je dis « Aujourd'hui, on est en soldes ! », je dis des bêtises mais comme ça, ça ne les met pas mal à l'aise et ça passe une fois de temps en temps. Je pense que ce sont ces personnes-là qui sont les plus à risque, les plus à plaindre car ils vont regarder à 2x avant de venir.

Est-ce qu'il y a des pathologies plus importantes que vous rencontrez dans cette population-là ?

Souvent, ils sont fumeurs, ils boivent un peu plus aussi donc malgré tout, il y a des pathologies qui sont liées à ça aussi. Ils sont également moins entourés donc psychologiquement plus fragiles. S'ils sont chômeurs

Tout découle aussi un petit peu de l'habitat...

Mais on a l'impression qu'on n'a pas besoin spécialement des structures qui existent parce qu'on est dans un village et c'est nous qui faisons l'effort de ne pas faire payer ou de donner des échantillons ou de passer une fois de plus comme ça. On essaye d'être plus vigilants à ces personnes parce qu'il y en a moins qu'en ville, du coup, on se fait une fierté et puis, ça fait partie du rôle de médecin de famille, de médecin traitant de village. Ça passe comme ça mais peut-être que ce serait mieux d'être aidé autrement...

A quoi pensez-vous quand on vous dit « précarité et médecine générale » ? Par exemple, 5 mots-clés qui vous viennent à l'esprit ?

(Rires)

Logement, alimentation, tabac, alcool et on aurait tendance à dire chômage mais je ne suis pas d'accord, pas tout le temps...

Moi j'ai des familles comme ça en tête qui ont vraiment du mal et ce sont 2 personnes qui travaillent mais les enfants ont énormément de besoins et donc pour faire comme les autres, il faut des marques, il faut des GSM récents et donc tout ça fait que les parents ne s'en sortent pas et ils tirent le diable par la queue parce que c'est trop compliqué, même au niveau des pilules et tout ça, c'est compliqué de payer... Mais parce que moi, je ne ferais pas les mêmes choix qu'eux.

Et si vous deviez définir le dernier patient précarisé vu en consultation ?

Nous, on a des vieux en campagne qui sont précarisés mais qui ont énormément d'argent et qui ont très peu de besoins donc on a encore des toilettes à l'extérieur, des choses comme ça mais réellement je sais que ce n'est pas un problème financier du tout. C'est une autre précarité et là, ils ne sont pas toujours prêts à avoir de l'aide non plus parce qu'ils considèrent que c'est comme ça, c'est comme ça que vivaient leurs parents. Ce sont généralement des vieux jeunes hommes ou de vieilles jeunes filles et voilà, là tu as du mal à dire « ce serait quand même mieux... » ou alors commencer à faire entrer des aides familiales, des choses comme ça et donc il y a un peu de modernité qui se met en route. Mais vraiment quelqu'un de précaire, moi je pense à une dame qui a un alcoolisme et qui a eu une bronchite et j'ai dû la mettre sous antibiotiques et donc elle a décidé d'arrêter de boire d'un coup mais ça ne s'est pas bien passé. Donc, voilà, j'ai dû l'hospitaliser.

Trouvez-vous que les visites à domicile ont encore toute leur importance dans la prise en charge de ces patients ?

Moi, oui. La stagiaire me disait « les visites à domicile, c'est chiant » parce qu'elle avait été chez un autre médecin et elle avait l'impression que c'était redondant et pas toujours nécessaire. Mais moi, je lui disais que justement ce n'était pas vrai et que, en médecine générale, tu vois énormément de choses. J'étais avec un autre stagiaire et je lui disais « Tu regardes bien quand tu rentres, tu regardes tout ce que tu peux voir et tu me diras après, comme ça tu te fais une idée sur la patiente ». Et alors, il me dit « il y avait 2 bouteilles de porto, des paquets de cigarettes et c'est vrai que ce sont des choses qu'on voit. Et puis, moi, j'ai des petites vieilles qui viennent ici et qui ont l'air tout à fait bien et quand on va chez elles, on se demande comment elles arrivent à vivre ici dedans... C'est quand même très très précaire.

Avez-vous vu une évolution de votre pratique au fil du temps face à ces patients ? Si oui, laquelle ? Comme par exemple, les couples qui travaillent et qui sont limités comme vous le disiez tout à l'heure...

Je pense qu'à ce niveau-là oui ! Ça fait 15 ans que je travaille et quand j'ai commencé, je travaillais plus en ville avec des personnes en plus grande précarité que maintenant, avec des personnes qui vivaient dans des logements hyper humides avec souvent des QI très bas et qui ne comprennent pas le système pour être aidé. Il n'y a personne pour les porter et du coup, voilà ! J'ai encore 2 personnes qui sont dans une grande précarité et pourtant, il y a l'AVIQ qui est déjà passée mais ça ne suffit pas. Et puis, tu rentres et il y a un fouillis, il y a une grosse peluche qui vient de la ducasse des années 90 à mon avis et avec une couche de poussière. Mais ces gens-là, ils ont la possibilité pourtant mais ils restent. Et des personnes comme ça, moi, je n'en vois pratiquement plus.

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de ces patients ?

C'est parfois justement le refus d'être aidé. Ça fait 15 ans donc moi, du coup, je connais bien mes patients et donc quand je vois qu'il y a un problème, j'essaie toujours de le dire d'une façon humoristique pour qu'il ne soit pas mal à l'aise et voilà. Et alors, les gens savent que je fais plaisir comme ça facilement et du coup, lors d'un décès, ils me rapportent toujours les médicaments. J'ai un stock de médicaments que je distribue facilement.

Parce que dans la littérature, on voit qu'il y a généralement une non-compliance, un non-respect des horaires, une agressivité, ... Est-ce que vous ressentez ça ?

Non pas du tout ! Par contre, moins de compliance, ça c'est possible.

Du coup, vous adaptez votre prescription de médicaments ou d'examen complémentaires ?

Non, j'explique mais maintenant je suis un petit peu radin sur mes examens et donc, peut-être que je ne fais que le strict nécessaire de moi-même et donc ils savent que quand je demande, c'est que c'est nécessaire.

Pensez-vous qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

Oui je pense que ça fait partie d'un tout. J'ai aussi un patient illettré et il m'a fallu un temps dingue pour m'en rendre compte. Donc voilà, quand je l'envoyais faire un examen ou quand il va voir un spécialiste, j'écris toujours qu'il est illettré parce qu'ils ne vont pas s'en rendre compte. Et pourtant, il est issu d'un milieu correct où on ne l'a jamais aidé donc il a un bel héritage, il a de l'argent mais c'est quand même très précaire cette situation-là.

Le matin, c'est soleil, le soir, c'est lune et il ne m'a jamais dit qu'il ne savait pas lire. Je m'en suis rendue compte parce qu'il venait toujours avec ses papiers du juge et je me disais, comment ça se fait qu'il venait me demander ça mais en me disant qu'il avait lu mais qu'il n'avait pas compris... Mais, en fait, au fur et à mesure, j'ai compris qu'il était illettré. Ça, c'est vraiment une forme de pauvreté.

Et trouvez-vous que c'est le rôle du médecin généraliste d'accompagner ces patients ?

Moi je trouve que ça fait partie, oui. Ça rend un lien plus fort. Maintenant, je prends le temps de le faire, j'aime bien et je trouve que c'est mon rôle de le faire parce que la personne m'écouterait d'autant mieux si j'ai pu le comprendre et l'aider dans ses démarches.

Et collaborez-vous avec un service social ou avez-vous un contact privé ?

Si jamais j'ai un problème, parce que j'ai déjà eu des problèmes. Une dame avait dû être prise en charge parce qu'elle avait une thrombose artérielle et donc c'était des montants énormes et donc j'avais dû téléphoner à la mutuelle pour avoir l'assistante sociale et je fais toujours cette démarche-là. Je téléphone à leur mutuelle et à l'assistante sociale et après, ça s'enchaîne.

Avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment formé durant vos études à la prise en charge de ces patients ?

Non pas du tout.

Et trouveriez-vous ça intéressant qu'on nous forme à ce propos ?

Tout à fait !

Dans quel sens ? Une info sur le réseau local lors de l'installation ou une info plus globale ?

Moi je pense que ne fut-ce que réfléchir à ces questions-ci et puis savoir au moins qu'il y a des choses qui existent. Parce que si on ne le sait pas, on ne l'utilise certainement pas.

Après, c'est avec le maître de stage ou lors de formations, qu'on doit avoir des infos là-dessus.

Donc si on vous proposait des informations sur le réseau, sur le fonctionnement, ça vous intéresserait ?

Oui

Que pensez-vous de cet outil qui recueille la situation sociale du patient, fourni par le Collège de Médecine Générale en France et proposé pour améliorer la qualité des soins dispensés ?

Franchement, avant je n'y pensais pas du tout mais maintenant c'est une évidence. On demande d'office. Le pays de naissance, non. Le niveau d'étude, je ne le demande pas mais on le sait assez vite... En fait, quand je fais ma première anamnèse, je leur demande ce qu'ils font comme métier et du coup, ça se déduit...

Concernant le logement, je ne demande jamais s'ils louent, s'ils ont acheté, maintenant ça se sait au fur et à mesure.

En fait, quand on va en visite, quand on va dans le village, on le sait de manière indirecte... Et puis, moi j'ai mis les enfants dans l'école du village donc je suis vraiment incluse dans la vie sociale du village et j'aime bien ça, ce côté où tu peux être utile, un peu comme une petite souris parce que personne ne le sait mais toi, tu sais que ces gens-là ont un peu plus de mal et tu fais un petit peu attention.

En conclusion, on pourrait décrire les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile.

Pour moi, la notion de précarité n'est pas la même que quelqu'un qui travaille dans une grande ville. Donc lui voit peut-être la précarité comme un SDF, quelqu'un qui a un logement vraiment très précaire, etc... Tandis que moi, ma précarité, elle est quand même à un niveau supérieur donc ce sont des gens qui ont quand même un toit. Par exemple, quand il y a une famille d'immigrés, je le sais tout de suite et j'ai des personnes qui viennent avec des personnes sans papier, ils viennent et ils mettent toujours leur nom à eux donc je ne sais jamais si ça va être

eux ou quelqu'un qui accompagne mais voilà, ça se fait un peu de manière normale. Maintenant, je me doute que les personnes qui sont sans domicile, sans papiers, ils peuvent basculer à tout moment et nettement plus vite que des gens qui ont des filles un peu exigeantes et 2 salaires.

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

Je suis médecin généraliste diplômé en 1994. Après presque 9 années de pratique solo, je me suis associé à un collègue et on a fait une pratique à 2 puis on a accueilli des assistants puis on s'est retrouvés à 3 puis 4 puis à 5 et 2 assistants. On s'est d'abord associés en gardant chacun notre cabinet et puis, finalement on a acheté un lieu commun où installer notre pratique de groupe et être vraiment un groupe mais monodisciplinaire.

Avez-vous fait des formations supplémentaires ? Avez-vous travaillé en maison médicale lors de votre assistantat par exemple ?

De mon temps, l'assistantat était facultatif donc on pouvait soit faire assistant soit trouver son propre cabinet et être dans un séminaire à 15. Moi, j'étais assistant et je n'ai jamais travaillé en maison médicale. Et j'ai des formations qui sont un peu en dehors de la médecine générale parce que j'ai fait un brevet de médecine aigue et un master complémentaire en gestion des urgences connectives donc la médecine de catastrophe à l'ULB donc ce n'est pas vraiment en rapport avec le travail actuel.

Et vous faites partie de l'ASBL « PromoSanté et MG » depuis combien d'années ?

Depuis 11 ans donc PSMG est né de l'association des acteurs de promotion de la santé de la Fédération des Maisons Médicales et de la SSMG et moi, je suis là comme représentant de la SSMG.

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

La précarité, c'est une réalité qu'on découvre dans l'exercice. Il y a beaucoup de choses qui ont été mises en place par les autorités et les mutuelles pour aider sur le plan financier et l'accessibilité des soins mais dans un désordre et une difficulté qui fait que la majorité des gens n'y ont pas recours... Il y a des gens qui ont droit à un statut BIM mais qu'ils ne le savent pas car ils ne sont pas mis d'office dans le statut BIM. On le leur fait perdre parfois pour un papier sans leur expliquer pourquoi ils sont exclus... Il y a le maximum à facturer mais qui effectivement, n'est pas très bien connu des gens non plus mais bon, ça il est mis automatiquement. Il y a donc le statut BIM qui est une aide pour beaucoup de gens dans la précarité mais tout est basé sur une précarité économique et qui ne tient pas compte des autres facteurs de précarité qui sont la précarité du logement, la précarité de l'emploi, la précarité des liens sociaux, la précarité d'autre chose et qui peuvent vraiment mettre les gens dans des situations de difficulté. Lors d'un colloque européen il y a un peu plus de 20 ans, ils disaient qu'on pouvait dire qu'un patient était en situation de précarité s'il cumule 2 facteurs de précarité à savoir la précarité financière mais aussi d'emploi, de logement, de santé mentale, de liens sociaux, etc... Et dès qu'on en avait 2, ça voulait dire que le patient était en situation de précarité et c'était notamment un rapport du Dr De Cache de l'école de Santé Publique de l'UCL, si je me souviens bien.

Est-ce que cette précarité a un impact sur la santé selon vous ?

(Rires) C'est démontré, ce n'est même plus un avis, c'est démontré qu'il y a des inégalités sociales de santé qui sont énormes. Dans certains domaines, c'est vraiment catastrophique. Je pense notamment à la santé bucco-dentaire, c'est vraiment flagrant et les mesures qui ont

été prises par rapport au remboursement n'ont rien fait du tout et il y a une toute autre série de domaines aussi comme l'espérance de vie, le taux de fumeur, le taux de vaccination, ... Tout est avenant.

Et est-ce qu'il y a des pathologies plus importantes dans cette population notamment bucco-dentaires comme vous venez de le dire... ? D'autres vous viennent en tête ?

Les addictions, les maladies chroniques donc il y a plus de BPCO, plus de diabétiques, plus de tout, plus d'obèses... Tous les indicateurs sont au rouge !

A quoi pensez-vous quand on vous dit « précarité et médecine générale » ? 5 mots-clés par exemple...

Ce n'est pas facile ça...

Je dirais vulnérabilité, faiblesse, priorités, priorisation, prévention et alors aussi, déterminants de la santé. Ce n'est pas un mot mais parce qu'il n'y a pas que ceux sur lesquels le médecin généraliste peut agir, il y en a malheureusement toute une série d'autres sur lesquels on ne sait pas agir.

Et si vous deviez définir le dernier patient précarisé vu en consultation ou en visite...

Je dirais... abandon, rejet et désespoir.

Donc c'est quelqu'un qui est dans un logement insalubre mais quand je dis insalubre, c'est une catastrophe. On était arrivé avec l'assistante sociale de sa mutuelle à l'inscrire pour un logement social et on lui a dit qu'il ne pouvait pas accéder à la liste d'attente pour ces logements parce que votre logement vous appartient et il n'a pas été déclaré insalubre officiellement. Et la patiente en reste là parce qu'elle ne sait pas ce qu'il faut faire pour déclarer son logement insalubre et elle reste dans une passivité complète et elle m'a dit « Même ça, on me le refuse ! Je vais mourir ici ! » Et donc, il faut remobiliser le patient, remobiliser les gens autour parce qu'ils sont chaque fois abandonnés face à leurs difficultés. Il n'y a personne pour donner le coup de pouce si nous, on n'est pas là, c'est vraiment le sentiment d'abandon.

Et justement, trouvez-vous que les visites à domicile ont encore toute leur importance dans la prise en charge de ces patients ?

Et comment donc ! Il y a un jeune qui disait lors d'une interview qu'on avait faite avec PromoSanté et MG sur la précarité « Je trouvais quand même honteux qu'il vienne se présenter à la consultation en étant sale et en sentant mauvais et quand je suis allé chez lui, je me suis dit, oulala il s'en sort bien » parce que le milieu de vie était catastrophique ! Il n'y avait pas d'eau courante, etc... Et donc, en effet, ça permet d'en prendre conscience et de comprendre que les gens essayent quand même de s'en tirer par le haut mais avec les moyens qu'ils ont et qui sont parfois bien en deçà de ce qu'on imagine au départ.

Et avez-vous une évolution de votre pratique au fil du temps face à cette précarité ?

Oui, une aggravation. Une aggravation dans le niveau de précarité parce qu'il y a des gens en état de précarité actuellement que je ne connaissais pas il y a 20ans. Et il y en a plus qui sont en situation de difficulté. Dans la précarité, les familles monoparentales, les femmes avec enfants, c'est vraiment la catastrophe. Elles n'ont souvent que des emplois précaires avec des temps partiels, du noir, des enfants qui vont courir à gauche, à droite. Dès qu'un enfant tombe malade, c'est la catastrophe parce qu'on ne sait pas où le caser pour effectuer ses heures de

travail car on a besoin de ces heures de travail pour avoir ses sous et on ne sait même pas comment on va payer les médicaments. Donc oui, tant en nombre qu'en gravité.

Et quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de ces patients ?

Il y a plein de difficultés parce qu'eux-mêmes, ont une quantité d'épreuves, de difficultés à surmonter qui font que leur santé n'est pas toujours quelque chose d'important ou de prioritaire. Je pense que c'est quand même important pour eux mais ce n'est pas prioritaire. Il y a d'autres choses à régler, à gérer au jour le jour et qui font que ce qui n'est pas complètement nécessaire est reporté et donc les soins dentaires préventifs qui sont remboursés ou qui permettent justement de payer moins cher après, c'est complètement à côté de la plaque parce que c'est quelque chose qu'ils vont reporter et ils n'iront chez le dentiste que quand ils auront mal.

Ils ont d'autres priorités même si le désir de bien faire est là, de mieux faire est bien présent. Même chose pour l'arrêt du tabac, c'est plus difficile, ils sont souvent plus dépendants de la nicotine, ils ont commencé à fumer plus tôt, ils ont un milieu moins soutenant donc il y a plein d'autres difficultés supplémentaires qui viennent s'ajouter plus tous les déterminants de la santé qui sont non-médicaux (le logement, l'emploi,...) qui viennent nous compliquer la tâche et pour lesquels on n'est pas formé ou pas équipé pour et quand on fait appel aux structures pour nous aider à ce niveau-là, ils sont aussi débordés ! (CPAS, service d'aide, ...) Tout le monde est surchargé et puis il y a aussi ceux qui à cinq heures moins cinq ne répondent plus. Ici, on a encore heureusement, quelques structures bénévoles. Il y a une structure de Saint-Vincent de Paul qui fait des distributions de denrées alimentaires sans devoir montrer 3 papiers et 2 attestations pour avoir un colis alimentaire. Donc, il y a quand même des choses qui permettent d'aider certaines personnes mais même les structures prévues par l'Etat sont parfois très rigides, très difficiles d'accès pour quelqu'un qui vit au jour le jour.

Et dans la littérature, je voyais aussi le fait qu'ils sont non compliant, qu'ils ne respectent pas les horaires, une certaine agressivité, ... Est-ce que cela vous pose problème ou vous ne rencontrez pas ces problèmes ?

Oui, on sait bien qu'ils ont du mal à planifier parce que tout est toujours fait dans l'urgence mais moi, je suis très tolérant par rapport à ça. Et c'est d'ailleurs pour ça que dans l'équipe, on est sensibilisé à cette problématique qu'on se force à maintenir chaque jour des consultations sans rendez-vous parce qu'une personne en précarité a du mal à respecter un horaire mais que sans rendez-vous, on les voit. Ils savent qu'ils peuvent venir et qu'ils seront vus. Donc ils viennent quand ils en ont l'occasion, quand ils ont trop mal ou quand ils sont trop malades ou quand le petit a vraiment 40 de température et ils savent qu'ils sauront être vus. Et donc, on maintient tous les matins et tous les soirs, au moins une consultation libre pour permettre cette accessibilité parce que dès qu'on passe complètement sur rendez-vous, on voit que les plus précaires n'ont plus accès à leur médecin.

Et adaptez-vous votre fonctionnement de travail, par exemple la prescription d'examens complémentaires, la prescription de médicaments ? Faites-vous attention à tout ça ?

On fait attention à tout ça donc on fait attention à l'horaire pour rester accessible et on fait attention à tout ça, on veille à leur rappeler les vaccins en temps et en heure pour les soins gratuits dans le système ONE, on essaye de les accompagner, on fait le moins d'examens possible aussi ou le moins de déplacements possible parce que nous, on est assez enclavé

donc il faut directement prendre un bus pour aller faire une radio et donc ça, ça peut vraiment être un problème de temps, d'organisation donc si on sait vraiment s'en passer, on essaiera de s'en passer. Et puis quand il le faut, on doit aussi essayer d'organiser pour rassembler toute une série de choses dans le même planning et ça prend du temps.

Et est-ce que vous pensez qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

Non peut-être ! (Rires)

Et trouvez-vous que c'est le rôle du médecin généraliste ?

Ben c'est le seul qui sait le faire. Maintenant, est-ce que c'est son rôle.... Il serait peut-être temps qu'on définisse le rôle du médecin généraliste parce qu'il n'est toujours pas défini en Belgique. Mais je pense que c'est le seul qui sait actuellement vraiment bien rassembler les éléments et voir le patient dans sa globalité d'un corps mais aussi d'un milieu de vie et de difficultés, ce que l'hôpital n'arrive pas du tout à faire.

C'est quelque chose qu'on sait faire, qu'on devrait faire mais le rôle n'est toujours pas défini. Mais moi, je pense que c'est dans nos rôles et c'est aussi gratifiant quand on arrive à quelque chose avec ce public-là aussi.

Et collaborez-vous avec un service social parce que vous n'avez pas d'assistants sociaux dans vos locaux ? Avez-vous des contacts privés ou alors comme vous l'avez dit, vous collaborez beaucoup avec les assistantes sociales de la mutuelle ?

Moi je n'ai pas la chance d'avoir un CPAS très efficace et qui est même parfois un peu dysfonctionnel et donc je passe souvent par le service social de la mutuelle qui est plus au service de ses affiliés et qui, alors, arrive à faire avancer certaines choses et à faire bouger certains trucs. Donc je fais souvent appel au service social de la mutuelle des patients mais parfois, pour certaines choses, on doit passer par d'autres services sociaux comme un service de logement ou des choses comme ça. Mais il y a des choses que je ne maîtrise pas du tout encore maintenant après 25 ans de pratique ! Je suis parfois un peu coincé et donc je dois encore étendre mon réseau.

On l'a déjà un peu évoqué mais avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment formé durant vos études à la prise en charge de ces patients ?

Je vais dire non mais c'est un petit non dans le sens que je pense que ce n'est pas à l'unif de former à tout. L'université doit nous former et c'est ce que je dis à mes assistants aussi, vous devez apprendre à chercher l'information et à vous former. Un universitaire, il ne doit pas attendre qu'on lui donne la parole. Il doit aussi chercher l'information, la rassembler et se former et donc, c'est un peu à vous aussi, quand vous êtes confrontés à ce genre de situation, à chercher des solutions, qu'est-ce qui est écrit, qu'est-ce qui est dit et c'est un rôle d'universitaire. Oui, l'unif doit nous former un peu mieux à la prévention, à la promotion de la santé, ses difficultés et ça, ce n'est pas bien fait mais c'est aussi le rôle de chaque médecin de veiller à son développement, en tant qu'intellectuel, de connaissances et de capacité à faire face aux situations qu'il rencontre.

Et de se créer un petit réseau ? Comme vous, avec les assistantes de la mutuelle par exemple ?

Bien sûr et on fait même des échanges donc en général, tous les 3 à 4 ans, notre dodécagroupe se rassemble et on fait une soirée « carnet d'adresses » et on se refille untel ou untel, que ce

soit pour les médicaux (médecins et paramédicaux) mais aussi services sociaux, services de sport... Quels sont les clubs qui sont assez « open » et qui peuvent prêter du matériel pour qu'un enfant d'un milieu précarisé puisse quand même participer à un club de sport sans devoir dépenser 300€ ou des choses comme ça...

Que pensez-vous de cet outil qui recueille la situation sociale du patient, fourni par le Collège de Médecine Générale en France et proposé pour améliorer la qualité des soins dispensés ? Trouvez-vous ça intéressant ou c'est trop intrusif ou c'est quelque chose qu'on fait au fur et à mesure ?

Oui c'est un peu intrusif et je trouve ça très long aussi. Je me souviens avoir lu un article qui disait que si on doit avoir un item pour définir le statut social des gens, c'était le niveau d'étude, le plus haut niveau d'étude de diplôme. Est-ce qu'on a les primaires, est-ce qu'on n'a pas les primaires, les secondaires inférieures, les secondaires supérieures, universitaires et ça, c'est un des meilleurs indicateurs simplistes et où on peut, sans être trop intrusif leur demander « Tiens, vous avez été à l'école jusqu'à quel âge ? »

Mais statut vis-à-vis du logement, il faut vraiment faire des visites à domicile, situation financière perçue, c'est vraiment faux !

Il y a des éléments utiles mais je ne pense pas qu'ils soient tous utiles.

Et face à un nouveau patient, vous posez certaines questions ou ça se fait au fur et à mesure ?

Je pose des questions mais pas dès la première rencontre. Mais le niveau d'étude, j'essaye de le savoir assez vite, le statut social (BIM ou autre) on le voit direct.

Mais la situation financière perçue, on est trompé ! J'ai un patient qui vient dans une Mercedes coupé bien entretenue mais j'ai quand même dû finalement aller chez lui et il vit dans une caravane qui est un véritable taudis ! Il a une voiture bien belle et bien propre mais elle a 900 000 kilomètres ! Donc on se dirait « T'as vu celui-là, il roule dans une Mercedes coupé ! » mais en fait, c'est une voiture qu'il a achetée pour 3x rien car elle a énormément de kilomètres et il vit dans une caravane ! Donc voilà, la perception est toujours susceptible d'évoluer en fonction de ce qu'on découvre et qu'on apprend à connaître les gens. Je pense qu'il n'aurait jamais osé me faire venir chez lui les premières années mais quand la relation de confiance s'est installée, il a osé une fois me montrer où il vivait.

Et en conclusion, j'ai vu le reportage de PromoSanté et MG sur la précarité et un médecin a vraiment bien défini les patients en terme de précarité, je trouve, comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. Qu'en pensez-vous ?

Oui, c'est un cumul de fragilités effectivement.

Je vois le médecin qui a dit ça et la première fois que je l'ai vu, je me suis demandé si elle était médecin ou si elle était elle-même en situation précaire parce qu'elle avait un look un peu étonnant mais elle disait des choses très très vraies effectivement. Et il y a une très grande honte qui cache souvent beaucoup de choses et donc cette perception n'est peut-être pas toujours un bon élément au départ

Et est-ce que vous, vous avez déjà essayé de les ramener sur le fil ou ils chutent ?

Oui, avec +/- de succès. J'ai vu, une fois en garde, une dame avec ses 2 enfants qui vivaient dans une caravane car dans la région, on n'a pas mal de campings où les gens peuvent se

domicilier et elle était sans emploi, etc... Et puis, le contact était bien passé surtout avec les enfants donc elle me rappelait et puis, on a discuté de ce qu'on pourrait faire et elle était prête à faire une formation et donc cette mère de famille a fait une formation de chauffeur de bus puis a réussi l'examen au TEC et donc elle est chauffeur au TEC et elle a su s'acheter une maison et a vraiment redressé complètement son niveau de vie et retrouvé une très grande fierté, estime de soi. Donc, voilà, ce sont des choses où on se dit qu'on a été utile et où on a fait vraiment quelque chose avec quelqu'un qui avait du répondant. Parfois, on fait des choses qui sont moins spectaculaires mais si on arrive déjà parfois à ce qu'un enfant ou quelqu'un retrouve une dentition correcte, c'est déjà un grand succès !

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

Médecin généraliste en milieu citadin, centre-ville. Sinon, j'ai 62 ans et depuis que je suis médecin généraliste en Belgique, je travaille ici.

Et vous travaillez seul ?

Oui, depuis toujours.

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ?

La connaissance, c'est un peu par la pratique... C'est sûr que de toute façon, je ne pense pas qu'on soit formé à une médecine particulière au niveau universitaire, en tout cas, au temps où j'y étais, il n'y avait pas d'élément particulier qui insistait là-dessus.

Maintenant, la connaissance...

Si vous deviez définir la précarité ?

Je dirais qu'il y a une précarité financière qui est sans doute la principale quand même. Et par rapport aux soins de santé, je dirais que c'est principalement le fait pour certaines personnes de reporter des visites, des consultations, des traitements parce qu'il y a un manque de moyens financiers ou un choix autre des moyens d'utilisation des moyens financiers.

Et est-ce que cette précarité a un impact sur la santé ?

Oui, ça forcément, quand il y a des reports, ça c'est clair !

Et y-a-t-il des pathologies que vous rencontrez plus dans cette population-là ?

C'est vrai que dans les populations qui ont plus de problèmes financiers... Mais il y a différents types de précarité. Je dirais qu'il y a la précarité vraiment franchement sociale et éventuellement familiale où on retrouve dans certaines familles effectivement des conditions qui ne sont pas des meilleures pour la culture, l'enseignement donc pour la formation intellectuelle, etc... Et ça se rapporte des parents aux enfants malheureusement. Donc ça, c'est une partie de la précarité qui est très sociale et je dirais qui est un petit peu congénitale, qu'on rencontre un peu dans les grandes villes, je pense...

Et donc la question, j'ai oublié... (Rires)

Est-ce qu'il y a des pathologies que vous rencontrez plus facilement dans cette population ?

Ah oui, effectivement, dans cette population-là, c'est en général les pathologies qui témoignent d'une mauvaise hygiène de vie donc alimentaire entre autre et peut-être aussi de certaines addictions... L'alcool principalement, le tabac ou d'autres... ça, c'est plus pour ce type de population. Maintenant, il y a une population précaire, et ça, c'est dû surtout à l'âge et certainement au vieillissement de la population, les gens qui sont retraités et qui ont parfois une toute petite retraite et qui ont éventuellement eu une vie active sans trop de soucis financiers et qui, à partir de l'âge de la retraite commencent à être atteints comme ça. Là, ce sont souvent des pathologies de personnes plus âgées... Et alors, il y a aussi les familles monoparentales, ce sont aussi des personnes qui passent d'un certain niveau financier à brutalement une situation différente et là, on ne peut pas dire qu'il y a des pathologies particulières, c'est un petit peu de tout. Maintenant, ce qui est peut-être un peu plus reporté ce sont les soins dentaires, tout ce qui est un peu moins remboursé, et certaines consultations

chez les spécialistes, peut-être le suivi des pathologies oculaires, les pathologies dermatologiques, tout ce qui ne paraît pas extrêmement urgent.

Et connaissez-vous bien le système de santé belge (BIM, tiers-payant, MâF) ?

Tout ça, ça va...

Vous pratiquez le tiers payant ? Et trouvez-vous que ça aide ces populations-là ?

Oui, ça je pense. Mais cela a des effets pervers aussi parce que ça peut provoquer une hyper utilisation et puis parfois, on s'énerve un peu parce qu'une simple vignette, il faut parfois courir pour l'avoir ! ça, c'est notre côté des choses mais sinon, c'est clair que c'est certainement un moyen positif car il y a moins de raisons pour reporter des soins.

A quoi pensez-vous quand on vous dit « précarité et médecine générale » ? 5 mots-clés par exemple ?

Je dirais prévention parce que ça, c'est important dans des milieux pareils d'essayer au moins que les enfants soient suivis de manière correcte et que les pathologies de surcharge, par exemple, fassent l'objet d'un relatif suivi, au moins « pousser à » parce qu'évidemment, on ne sait pas faire trop autre chose... Quoi d'autre ? Je dirais qu'il faut aussi une certaine bienveillance parce que c'est aussi une population un peu compliquée parfois... Les rendez-vous qui ne sont pas suivis, les appels où il n'y a personne quand on arrive... Donc il faut relativiser au milieu qui appelle... Alors, que dire d'autre ? Je pense aussi qu'il faut quand même mettre des limites, ça aussi de nouveau c'est vu de notre côté. Je pense qu'il y a des limites à faire connaître et il y a parfois aussi un type de population qui, par le fait que tout est gratuit, considère que donc on est un petit peu là pour obéir au doigt et à l'œil. Donc je pense aussi que du côté médical, il y a des limites à mettre.

Et si vous deviez définir le dernier patient précarisé vu en consultation ?

Ben ça, ça fait plutôt partie de la partie de personnes âgées, retraitées, vivant seule et donc il se néglige un peu au niveau hygiène, au niveau habillement et également au niveau consommation d'alcool.

Et trouvez-vous que les visites à domicile ont toute leur importance dans la prise en charge de ces patients ?

Oui ça c'est clair parce que ça permet certainement d'avoir certaines explications de l'état de santé quand on voit parfois l'état des logements, l'insalubrité, ... ça permet de comprendre certaines choses...

Avez-vous déjà étonné en allant à domicile chez des patients qui se présentent habituellement en consultation ?

Oui bien sûr ! Et même parfois, en passant dans certaines rues, on ne se rend pas compte de ce qui se passe derrière les portes.

Et avez-vous vu une évolution de votre pratique au fil du temps face à cette précarité ? Si oui, laquelle ?

Non... Maintenant, c'est vrai que je suis au centre-ville mais je pense que dans l'ensemble, ma population qui fait partie de cette partie de précaires est relativement limitée par rapport à mes collègues qui travaillent en maison médicale, c'est sûr qu'il n'y a pas photo.

Mais par exemple, des couples qui travaillent à 2, des familles, vous remarquez qu'ils ont plus de difficultés qu'avant ? Est-ce que vous rencontrez aussi cette précarité chez ces gens-là même avec un travail ?

Dans le cadre médical, en consultation, je dirais que non mais en se rendant chez eux, je ne vais pas dire que ça m'a sauté aux yeux !

Et on en a déjà un peu parlé mais quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de ces patients ?

Je dirais le suivi surtout. Ils n'arrivent pas à voir une option à long terme pour le suivi d'une pathologie ou le suivi des conseils d'hygiène de vie, etc... C'est un peu compliqué...

C'est peut-être une population aussi où on ne va pas pouvoir dire « Tiens, revenez contrôler si ça va mieux d'ici 1 mois » et où on va revoir les gens peut-être 2, 3, 4 mois après au niveau d'un symptôme aigu et pas tellement sur la pathologie chronique.

Et adaptez-vous votre fonctionnement de travail, par exemple les prescriptions, les examens complémentaires, ... ? Est-ce que vous réfléchissez à deux fois avant de prescrire quelque chose ?

Oui peut-être un peu... C'est vrai que ce n'est pas l'idéal de prescrire des traitements sur un trop long terme, ça motive peut-être de revenir plus vite pour un suivi si on ne met pas des boîtes de 180 comprimés.

Quant aux prescriptions d'examens complémentaires, c'est vrai qu'il y a des gens, et ce n'est pas typique de la précarité, chez qui on sait très bien que si on prescrit des examens, il y a 1 chance sur 2 pour qu'ils ne soient pas faits !

Maintenant, au niveau de l'imagerie, la plupart sont gratuits donc là, je ne pense pas que l'aspect financier ait vraiment une importance.

Pensez-vous qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

Oui, ça je pense que oui. Ce qu'il m'arrive souvent de faire, en faisant une prescription de médicaments, c'est de regarder un petit peu le prix et voir les équivalences et voir si un générique existe. Mais dans d'autres types de médicaments où il n'y a pas de génériques, par exemple d'essayer de moduler un peu la prescription en sachant que le prix est un frein !

Et pensez-vous que c'est le rôle du médecin généraliste de s'occuper de cet aspect social ?

Oui, ça je pense aussi. :

Et est-ce que vous collaborez avec un service social ou avez-vous un contact privé avec quelqu'un si jamais vous avez une situation qui vous dépasse à ce niveau-là ?

Je n'ai pas quelqu'un de bien particulier, non. Maintenant, ça arrive assez souvent d'avoir des contacts avec des assistantes sociales mais c'est vraiment pour des cas bien reconnus.

Et ce sont les assistantes sociales de la mutuelle ?

De la mutuelle ou alors de l'institution hospitalière quand quelqu'un est hospitalisé.

Avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment formé durant vos études à la prise en charge de ces patients ?

De nouveau, ça remonte à longtemps mais il n'y avait rien de très spécifique, je ne pense pas... Je ne m'en souviens pas en tout cas...

Et ressentez-vous le besoin d'une formation ?

Ça peut être intéressant, oui, pour les médecins qui vont commencer même s'ils ne destinent pas spécialement à des quartiers défavorisés, ça peut être intéressant. Malgré tout, dans les études, au niveau des stages, je pense qu'il y a moyen parce qu'on choisit quand même nos propres stages de panacher un peu et de choisir soi-même une médecine générale plus proche des milieux défavorisés. C'est un choix alors à ce moment-là !

Que pensez-vous de cet outil qui recueille la situation sociale du patient, fourni par le Collège de Médecine Générale en France et proposé pour améliorer la qualité des soins dispensés ? Trouvez-vous ça intéressant ou c'est trop intrusif ou on ne le demande pas d'emblée ?

Je me vois mal interroger le patient comme ça directement mais peut-être petit à petit, avoir cette grille pour la remplir. Le niveau d'études, c'est vrai que quand on voit quelqu'un pour la première ou la seconde fois, on ne va pas forcément lui poser la question parce que ça va peut-être lui sembler un petit peu intrusif.

Minima sociaux, ça de toute façon, on l'a sur l'ordinateur

Par exemple, le nombre d'enfants à charge...

Ah oui, ça c'est vrai que c'est quelque chose qu'on pourrait demander. Ça ne doit pas être choquant de demander ça.

Etre en couple, peut-être pas la première fois mais de toute façon, ça c'est quelque chose qu'on va facilement entendre sans le demander.

Capacité de compréhension du langage écrit, ça on peut le tester sans le demander.

Donc ces items vous semblent quand même intéressants à savoir ?

Oui bien sûr, tout ça je pense ! Le logement effectivement.

En conclusion, on pourrait décrire les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. Qu'en pensez-vous ?

Oui je dirais, au mieux c'est ça ! Au pire, il y a vraiment des gens qui sont en médiation de dettes donc qui sont déjà bien en-dessous de ça, ils ne sont plus sur le fil du rasoir, ils sont déjà tombés !

Et vous, avez-vous déjà essayé de récupérer des gens comme ça et de les remettre sur le fil ?

Ouh, alors là, c'est compliqué ! Je crois que ce n'est pas tellement le boulot du médecin, peut-être donner des conseils, oui, conseiller pour qui aller voir mais bon, on est quand même très limité, on n'a pas beaucoup de moyens à ce niveau-là...

Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre parcours ?

J'ai eu mon diplôme en 2003 donc maintenant, ça fait 17 ans que je travaille. J'ai fait mon assistantat en grande partie, dans une maison médicale à Forest donc pendant 1 an et demi puis 6 mois dans un service d'urgences à Charleroi. Et puis, après ça, j'ai directement été engagé dans une autre maison médicale à Anderlecht, dans le quartier de Cureghem à Bruxelles, c'est un quartier qui est quand même assez défavorisé et assez multiculturel aussi, il y a pas mal d'Africains, d'Italiens, ... J'y ai travaillé pendant 5 ans. Après ça, j'ai fait des remplacements dans différents endroits, principalement des maisons médicales parce que je connaissais un peu le système et aussi chez une solo à Waterloo mais ça n'a duré que quelques mois.

Maintenant, je travaille depuis 2013 dans une maison médicale à Bruxelles, dans le quartier des Marolles, qui est, à mon avis, un des quartiers les plus défavorisés et multiculturels de Bruxelles. Et on a vraiment un désir de pouvoir accueillir le tout-venant et donc on a quand même pas mal de personnes qui n'ont pas de papier soit SDF soit sans-papiers, ça représente +/- entre 25 et 30% de nos consultations de voir des personnes sans mutuelle.

Et même parmi nos patients qui ont une mutuelle, il y en a quand même pas mal qui ont une carte médicale du CPAS ou qui n'ont pas de revenu professionnel en tout cas. Et on a des patients avec des conditions de vie très difficiles donc ils ne sont pas dans un très très bon état physique et médical.

Et vous avez donc toujours pratiqué en zone urbaine ?

Oui toujours à Bruxelles.

Quelles connaissances avez-vous de la précarité en médecine générale et des moyens mis en place par notre système de soins pour y lutter ? Par exemple, une définition de la précarité...

Une définition de la précarité... Je ne connais pas la définition précise de l'OMS ou autre mais je dirais que c'est de ne pas avoir accès aux besoins élémentaires dont n'importe quel être humain peut avoir besoin à savoir un logement salubre, un accès aisé à une nourriture et de préférence à une nourriture saine parce que c'est vrai que nos patients achètent parfois ce qu'ils peuvent et pas ce qu'ils devraient, un accès aux soins de santé sans être limité au niveau financier et puis alors, je dirais aussi que ça inclut l'isolement social parce que ça accroît la précarité et la précarité accroît l'isolement donc c'est un cercle vicieux. Comme ça, a priori, c'est ce qui me vient en tête.

Donc pour vous, la précarité ça ne se définit pas uniquement au niveau financier ?

Non mais ce qu'il y a, c'est que l'aspect financier a un impact sur tout le reste.

Donc c'est une définition plus globale et elle n'est pas à faire uniquement sur l'aspect financier ?

Non parce qu'en plus, ça a des impacts aussi psychologiques importants donc on peut encore y rajouter une composante psychique. Non non, ce n'est pas juste financier.

Et est-ce que cette précarité a un impact sur la santé ?

Ah oui, absolument ! Les déterminants de la santé le confirment, ça a un impact sur la santé physique. Il y a une augmentation claire de toute une série de pathologies médicales, au niveau cardio-vasculaire, au niveau diabète et toute une série d'autres pathologies, il y a une augmentation très importante quand on est précarisé. Il y a aussi beaucoup plus de tabagisme chez les personnes précarisées mais il n'y a pas que l'aspect physique, il y a aussi l'aspect psychologique avec un taux beaucoup plus important de dépression, d'anxiété. De plus, dans les conditions d'habitation de certains, il y a aussi des pathologies ORL et respiratoires importantes.

Et par rapport au système de santé belge, trouvez-vous qu'il s'agit d'un bon système qui permet de soigner cette population-là ou ce n'est pas encore suffisant ?

Je peux dire que par rapport à nos patients SDF, ils sont clairement limités parce que même s'ils ont une carte médicale, s'ils se présentent aux Urgences, ils seront bien plus souvent pas pris en charge sous prétexte que voilà, ce sont des SDF et qui sont un peu moins des humains que les autres. Pourtant, je travaille à côté de Saint-Pierre et franchement, par rapport aux autres hôpitaux, ils sont encore plutôt sympas ! Malgré tout, je vois qu'il y a quand même une discrimination non négligeable par rapport aux patients qui n'ont pas de mutuelle tout particulièrement les SDF mais même les personnes sans papiers.

Je dirais qu'il y a 2 aspects aussi par rapport à l'accès aux soins de santé. Il y a d'une part, ceux qui ont la chance de pouvoir bénéficier d'une carte médicale en plus de leur mutuelle et ceux-là, ça les aide quand même sérieusement à avoir accès aux soins de santé. Et d'autre part, il y a ceux qui sont trop justes par rapport au fait de pouvoir avoir cette carte médicale. Ils ont des bas revenus mais juste un peu trop pour avoir une carte médicale et donc, eux, autant dire qu'ils reportent sérieusement leurs soins, à tel point que parfois ça pose de gros problèmes parce qu'ils ne le font qu'au moment où ils n'ont plus le choix et les dégâts sont déjà très importants.

Et vous, vous travaillez au forfait actuellement ?

Oui, nous on travaille au forfait donc par rapport à l'accès à la consultation de médecine générale, ça ce n'est pas un problème. Mais à part ça, il y a tout le reste ! Il faut pouvoir faire des examens complémentaires si c'est nécessaire, il faut pouvoir acheter les médicaments qui peuvent être nécessaires. Moi, j'ai une patiente, elle avait un abcès, pas un abcès dramatique mais elle avait quand même un petit abcès qui nécessitait des antibiotiques et bien même les 2€ qui étaient nécessaires pour pouvoir s'acheter les antibiotiques, ce n'était pas possible ! Donc j'ai dû fouiller dans la réserve de médicaments pour trouver des antibiotiques. Je ne lui ai pas donné ceux de 1^{er} choix mais heureusement, ceux que j'ai donné ont fonctionné mais même les 2€, ce n'était pas possible et on n'était même pas à la fin du mois ! Donc cela peut vraiment poser des problèmes pour les personnes qui sont limites et qui ne peuvent pas se soigner correctement.

Mais sinon pour vous, le système au forfait est un bon système pour l'accès à la médecine générale ?

En tout cas, pour la médecine générale oui ! Maintenant, je dirais que le problème du forfait c'est qu'il y a une limite territoriale parce qu'on n'a pas le choix, on ne peut pas aller de l'autre côté de la ville même si nous, on a un petit problème parce qu'on est passé au forfait il n'y a 5 ans, on a encore beaucoup de gens qui habitent loin et qui n'ont pas voulu nous lâcher parce

qu'ils étaient suivis ici depuis très très longtemps donc ça nous pose des problèmes au quotidien. Mais dans l'absolu, on a une limite territoriale qui peut sembler injuste pour certaines personnes et ça pose aussi problème lors de déménagement parce qu'ils sont obligés de lâcher des gens en qui ils avaient confiance. Et l'autre chose, pour certains, c'est vraiment un système génial pour les personnes qui aiment bien avoir un endroit de confiance et c'est vrai que nous, en plus, on a aussi un service psy qui est quand même assez important avec des psychologues et un psychiatre, des logopèdes, des psychomotriciens et on a aussi un centre social mais qui n'est pas sur fond propre comme la plupart des maisons médicales. C'est vraiment un centre d'action sociale intégrée et donc, on a 6 assistants sociaux, quasiment tous temps-plein. Et donc, c'est vraiment un endroit où ils se sentent bien, où ils peuvent avoir un accès à tout ce qui peut les aider en 1x. On a même l'ONE en pré et postnatal.

Mais pour certaines personnes qui veulent avoir une liberté de pouvoir consulter éventuellement 2 médecins en qui ils ont confiance, ça c'est une limite donc ça ne convient pas à tout le monde non plus...

Maintenant, il y a des médecins qui ne sont pas au forfait, qui sont à l'acte et qui sont tout à fait conscients des difficultés financières des gens et qui font tomber le ticket modérateur donc moi, je pense qu'il y a tout à fait moyen de faire une médecine sociale sans être au forfait. Ça facilite juste la vie.

A quoi pensez-vous quand on vous dit « précarité et médecine générale » ? Par exemple, 5 mots-clés qui vous viennent à l'esprit.

Je dirais qu'on se sent parfois démuni en tant que soignant parce qu'il y a toute une série de choses sur lesquelles on n'a pas d'impact (logement, finances très limitées, ...) Tout ce qui est au-dessus de nous et en lien avec le politique, ça on se sent démuni.

Je dirais injustice aussi parfois parce qu'on sent qu'il y a parfois une chasse aux précarisés, comme si c'était leur faute qu'ils avaient ces soucis-là. Et en plus, on leur fout une quantité de démarches administratives à faire. En fait, être une personne précarisée, c'est un job en tant que tel parce qu'ils doivent aller à tellement d'endroits pour pouvoir bénéficier des aides de base que finalement ils ont des documents à aller chercher quasiment tous les jours et ce n'est jamais les bons et ils doivent faire 10x les mêmes choses.

Je dirais fracture numérique aussi et donc isolement encore plus important à l'heure actuelle parce que de plus en plus de choses se font par Internet et que ce soit des personnes âgées qui n'ont pas les capacités ou des personnes plus jeunes qui n'ont pas les finances ou parfois l'intellect pour faire tout ce qu'on nous demande de faire de manière numérique. Ça augmente encore l'hiatus entre les classes sociales.

Difficultés dans la vie de tous les jours pour eux. C'est vraiment un combat de tous les jours qui a un impact sur le moral qui est vraiment très important.

Et alors, comme dernier mot, je dirais inégalités dans l'absolu et plus particulièrement au niveau médical parce qu'ils n'ont pas accès à toute une série de choses d'une part et d'autre part une série de médecins ou même dans l'absolu pensent que du coup, il y a des choses dont il ne faut pas discuter avec eux car de toute façon, ce n'est pas leur priorité ou que ça ne les intéresse pas, notamment tout ce qui est prévention. Il y a plein de gens qui ne l'abordent pas alors qu'ils sont très intéressés par tout ce qui est prévention, c'est juste qu'effectivement, ils ont le nez dans le guidon et ne vivent pas comme nous avec une perspective à plusieurs mois, à plusieurs années et eux, leur perspective c'est de savoir ce qu'ils vont manger le lendemain et de ne pas se faire jeter de leur logement. Mais c'est à nous aussi en tant que soignant ou

en tant qu'intervenant quel qu'il soit avec eux de ne pas encore augmenter les inégalités en ne leur proposant pas certaines choses qu'ils prendront ou ne prendront pas comme des gens qui ont moins de difficultés.

Parfois on fait des choix à leur place alors que ce n'est pas le but, c'est ça ?

Exactement !

Et si vous deviez définir le dernier patient précarisé vu en consultation ?

Moi c'est tous les jours, ce sont tous mes patients ! On a peut-être 5% de patients qui travaillent ou peut-être 10. Donc je ne sais pas...

C'est une personne qui a vraiment des gros ennuis en général, qui se bat quand même, qui sont souvent chaleureux et reconnaissants malgré tout et qui a souvent, quand même, de gros problèmes psycho-médico-sociaux.

Et trouvez-vous que les visites à domicile ont toute leur importance dans la prise en charge de ces patients ?

Ça, c'est évident. On voit des choses assez impressionnantes mais je dirais que ça vaut pour n'importe quel patient. Quand on va à domicile, on est surpris mais c'est vrai que parfois on se rend compte de certaines choses. Moi, ça m'est déjà arrivé d'aller dans des maisons où rien que rentrer dedans, je n'arrivais pas à respirer parce que c'est insalubre alors que ces gens, ils vivent toute la journée là-dedans. Donc on se rend compte que certains n'ont pas de douche ou qu'elle ne fonctionne pas, il y a des moisissures pas possible même dans les logements sociaux, c'est scandaleux ! Ou qu'il y a des fenêtres qui ne se ferment pas en plein hiver ou des radiateurs qui ne fonctionnent pas. C'est hyper important d'aller à domicile même si nous, on va très peu à domicile parce qu'on a des patients vraiment du quartier, on fait tout à pied mais eux aussi peuvent le faire à pied donc c'est vraiment pour les gens qui ne sont pas mobiles du tout qu'on va voir à domicile et dans l'ensemble on va très peu à domicile malgré tout. Mais nos assistants sociaux vont parfois à domicile pour pouvoir montrer des choses et faire des photos par rapport au CPAS ou autre.

Avez-vous vu une évolution de votre pratique au fil du temps face à ces patients ?

Ah oui ! Ici, ça fait 7 ans que je travaille ici et je dirais que tous les ans, ça se dégrade ! Et je dirais que même ces dernières années, depuis 2-3 ans, ça se dégrade encore plus vite ! C'est une catastrophe ! Ceux qui étaient tout juste, sont maintenant dans la vraie précarité. Les problèmes sociaux s'aggravent de manière très très importante à l'heure actuelle.

Et même, par rapport à des gens qui travaillent, vous remarquez que c'est difficile ?

Oui même par rapport à des gens qui travaillent, ça peut être compliqué pour eux.

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge de ces patients ?

Les difficultés, c'est comme je disais, le fait qu'on se sente démuni par rapport à tout l'aspect médico-psycho-social. Ce sont des gens qui au niveau psychologique, toute une série qui ne veulent pas avoir une prise en charge d'un professionnel, ça parfois c'est culturel aussi. Et puis, ils n'ont pas toujours le temps ni la possibilité de pouvoir se projeter et donc d'avoir parfois des rendez-vous, pour eux c'est difficile. C'est pour ça que chez nous, par exemple, le service

psy fait des permanences donc pour les gens qui sont un peu moins structurés peuvent quand même être vus à des moments où ce n'est pas sur rendez-vous.

J'en ai déjà eu plusieurs ces derniers temps qui m'ont dit, je vais me faire jeter de mon logement dans 1 mois et je ne trouve rien. Trouver un logement quand on dépend du CPAS ou quand on n'a pas de travail et qu'on a juste un revenu de remplacement ou des choses comme ça, c'est extrêmement compliqué. Du coup, ils se retrouvent à la rue ou dans un taudis parce qu'il y a des marchands de sommeil. Il y a des gens qui louent des trucs dégueulasses pour très cher, franchement parfois leurs loyers coutent parfois plus cher que les loyers de quelqu'un qui a un boulot parce qu'en fait, ils prennent ce qu'ils peuvent et c'est assez scandaleux parce que du coup, ils paient très cher pour des tout petits logements tout dégueulasses.

Je ne sais plus trop quelle était la question de départ...

Les difficultés, par exemple tout à l'heure vous aviez parlé qu'au niveau examens complémentaires ou prescriptions, vous adaptiez votre façon de faire...

Exactement !

J'ai une patiente qui dépend du CPAS mais qui n'a pas droit à la carte médicale pour une raison obscure que je n'ai toujours pas comprise...

Et, résultat ça fait au moins 2 ans qu'elle doit faire des examens et un suivi ortho qu'elle ne fait pas et qu'elle postpose parce qu'en fait, elle est en médiation de dettes. Elle est toute seule avec 4 enfants donc son argent, il passe pour ses enfants et pas pour se soigner et voilà, effectivement, il y a des prescriptions qui passent à la trappe parce qu'ils n'ont pas les moyens d'aller les chercher ou ils iront les chercher plus tard quand ils auront touché ou quand quelqu'un aura eu la gentillesse de leur prêter un peu d'argent. Et nous, c'est vrai qu'on a des médicaments dans la réserve mais on n'en a pas pour tout.

Et puis, parfois, ils n'ont simplement pas le temps parce qu'ils doivent faire déjà tellement de démarches administratives annexes qu'ils feront leurs examens plus tard quand ils auront un peu plus de temps. En fait, il y a toujours un nouveau truc qui fait qu'ils ne peuvent pas se soigner correctement. Et c'est vrai qu'on se sent démuni pour des choses sur lesquelles on n'a pas de prise et qui a un impact psychologique important. Donc on a des gens qui viennent quand même beaucoup en consultation aussi pour pouvoir parler et pour avoir un endroit où on a l'impression que c'est un moment suspendu, une petite pause de leur quotidien pour pouvoir décharger un petit peu ça.

Pensez-vous qu'il est indispensable de tenir compte de la situation sociale des patients pour optimiser leur prise en charge médicale ?

Alors, normalement, je dirais que ça ne devrait pas ! C'est juste dégueulasse de devoir faire des choses différentes selon la situation sociale mais parfois on n'a pas le choix et donc c'est vrai qu'on priorise et que voilà, on va au plus important et qu'on essaye de trouver des solutions. Il y a parfois de la solidarité, on reçoit des choses qu'on peut donner à d'autres, on demande aussi à nos patients qui ont un médicament ou des traitements qui ne leur conviennent pas ou qu'ils ont dû arrêter de nous les ramener pour qu'on puisse les donner à quelqu'un d'autre. Par exemple, une personne décédée, on récupère la chaise roulante pour pouvoir la prêter donc on essaye de faire avec ce qu'on a. Mais il y a aussi de la solidarité qui est vraiment chouette ! Et on a aussi des activités en promotion de la santé et en communautaire. Par exemple, on a des séances de gym qui sont reprises par une habitante,

des séances de yoga mais il y a aussi un atelier cuisine, avant il y avait un atelier couture. Donc, ce sont des endroits qui permettent aussi de se resocialiser. On a un groupe des hommes aussi et puis on a aussi une école d'alphabétisation qui permet aux gens de pouvoir à la fois se resocialiser et puis apprendre aussi un peu le français. Mais il y a une série de gens, c'est leur lieu où ils peuvent voir du monde donc c'est important tout cet aspect socialisation qui est vraiment indispensable à la fois pour l'aspect psychologique et pouvoir se relancer dans une vie plus normale.

Et pensez-vous que c'est le rôle du médecin généraliste de prendre en compte cette situation sociale ?

Je pense que c'est le rôle du médecin généraliste comme de tout le monde en fait ! Il faut tenir compte de ça quand on est assistant social, quand on est psychologue, quand on est médecin généraliste ou même la société ! Je trouve qu'il y a un certain jugement qui se fait au niveau de la société comme je disais tout à l'heure où c'est presque leur faute si jamais ils sont précarisés. C'est tellement évident de trouver un job ! Il y a des gens qui n'ont pas grandi dans des conditions idéales ! Effectivement, il y a des gens qui avaient un job et puis ils ont eu un problème de santé x ou y et après ça, ça retombe. C'est vrai qu'il y a toute une série de gens qui n'ont pas eu la chance d'avoir toutes les armes dès le début et donc on ne part pas tous de la même marche de l'escalier. Je pense que tant qu'on n'a pas vu ça au quotidien, on ne peut pas s'en rendre compte. Je pense que qui que ce soit, que ce soit les décideurs politiques ou n'importe qui, ne se rendent pas compte de ce dans quoi les gens travaillent.

Avez-vous l'impression d'avoir été suffisamment formé durant vos études à la prise en charge de ces patients ?

Absolument pas ! Mais comme je l'ai dit, j'ai eu mon diplôme en 2003 donc on n'en parlait même pas. Je pense que maintenant, il y a quand même des petites actions par rapport à la promotion de la santé qui sont faites dans certaines universités. Mais savoir ce qu'est une carte médicale, le premier dossier vierge noire n'en parlons même pas, en gros on apprend pendant son assistantat sur le tas. Et je dirais que 80 à 90% des étudiants en médecine viennent d'un niveau social plutôt élevé et donc ne se rendent absolument pas compte de ce que c'est et on tombe dessus si on bosse dans ce genre de quartier au moment même.

Et avez-vous l'impression qu'il y aurait un besoin de formation ou d'information du réseau existant ?

Oui moi je pense que ça serait indispensable mais je pense que ça devrait être une information pour tout le monde, qu'on ne fait pas exprès d'être précarisé, qu'il y a des inégalités dès le départ, qu'il faut arrêter le jugement, pas uniquement dans les soins de santé mais dans l'absolu, dans la société. Si on changeait certaines choses, franchement il y a certaines personnes qui sont à 2 doigts de pouvoir s'en sortir mais c'est le système qui les met par terre. Et je trouve que si on changeait certaines manières de fonctionner, il y a des gens qui pourraient s'en sortir bien mieux ! Je pense que ce ne sont pas juste les médecins qui devraient être mieux informés mais la population en général.

Que pensez-vous de cet outil qui recueille la situation sociale du patient, fourni par le Collège de Médecine Générale en France et proposé pour améliorer la qualité des soins dispensés ? Trouvez-vous ça utile ou c'est un peu trop invasif ?

En fait, ce sont des choses qu'on a régulièrement une fois qu'on connaît les patients. Donc nous, toutes ces informations, on les connaît chez la majorité de nos patients.

Et ce sont des choses que vous demandez d'emblée ?

Oui, quasiment tout ! Je dirais qu'il y a des choses qu'on sait simplement en prenant leur carte d'identité (adresse, date de naissance, assurance maladie, bénéfice de minima sociaux). Nous, on demande d'où ils viennent systématiquement et leur langue de préférence. Mais ça, ce sont les accueillantes qui demandent déjà systématiquement. L'accueil demande aussi s'ils vivent seul ou s'il y a d'autres personnes sous le même toit, notamment les enfants et aussi qui on peut appeler en cas de problème donc leur numéro de téléphone à eux mais aussi le numéro de téléphone si jamais on doit téléphoner à quelqu'un d'autre pour leur santé (par exemple, s'il tombe dans les pommes chez nous).

Le pays de naissance, on le demande toujours. Le niveau d'étude, on ne le demande pas systématiquement mais en fait, en consultation, ça vient souvent assez vite.

Statut vis-à-vis du logement, on ne le demande pas comme ça systématiquement mais au fur et à mesure qu'on connaît les gens, on le sait et on le sait d'office chez ¼, 1/3 de nos patients car ils n'ont pas de logement mais même les autres, il y a certaines pathologies qui sont en lien avec le logement donc on pose la question.

Et la situation financière perçue, on ne la demande pas parce qu'en fait, chez nous, ils sont quasiment tous en situation difficile. En fait, on le sait et ils nous le disent spontanément s'ils ont des difficultés financières.

Mais c'est plus, au fur et à mesure qu'on les voit, que certaines choses apparaissent, qu'on est amené à poser une question et finalement, on découvre toute une série de réponses.

Et vous ne trouvez pas ça trop invasif ? Ils ne sentent pas blessés qu'on leur pose ces questions ?

Je pense que ça dépend un peu comment on leur demande. Ça dépend ce qu'ils ressentent comme bienveillance par rapport à nos questions. C'est comme toujours, il y a des médecins qui travaillent en planning familial et qui sont habitués à demander les habitudes sexuelles des gens parce que ça a un impact très important et comme ils ont l'habitude, ils le font de manière très naturelle et les gens répondent également de manière très naturelle. Si on sent que le médecin est gêné, la personne sera aussi un petit peu plus gênée. Et c'est pareil par rapport à la situation sociale. S'ils sentent que c'est bienveillant et qu'en plus, on le fait de manière non intrusive, ils répondent parce qu'ils savent très bien que c'est dans leur intérêt et que de toute façon, c'est dans le but de les aider.

En conclusion, j'ai vu le reportage que vous avez créé avec PromoSanté & MG et un médecin décrivait, dans ce reportage, les patients en terme de précarité comme s'ils étaient sur le fil en permanence, le moindre petit accident peut les faire basculer tant au niveau médical, financier, contacts sociaux que psychologiquement. Ils sont dans une situation précaire avec un équilibre très fragile. Qu'en pensez-vous ?

Je pense que c'est la réalité. Parfois, un tout petit élément de vie, juste une séparation, ou quelqu'un qui a un job d'ouvrier aura un problème soit de santé soit une faillite ou quelque

chose comme ça, il perd son emploi, ça a un impact sur son couple, il y a une séparation et après ça, il se retrouve à la rue, ce n'est pas rare du tout !

Moi, j'ai des patients qui se sont retrouvés à la rue parce que le proprio voulait faire des travaux dans l'appartement et du coup, on leur demandait de retrouver un nouveau logement et personne ne voulait d'eux parce qu'ils n'avaient pas la bonne fiche de paye et donc ils se retrouvent dans la rue, parfois avec des enfants. Parfois un petit souci familial fait qu'on plonge complètement psychologiquement et donc voilà, hop c'est fini aussi ! Parfois il suffit de pas grand-chose ! Parfois, ils perdent des allocations, j'ai une patiente comme ça, elle a eu le malheur de partir en vacances, voir un membre de sa famille qui était malade et elle n'avait pas prévenu le CPAS et du coup, elle a perdu toutes ses allocations. Ça fait 3 ans qu'elle n'a plus de revenus donc autant dire que la vie est compliquée... Elle vit de la solidarité de gens autour d'elle mais elle n'a accès à rien en fait ! Il y a parfois des exclusions très injustes de longue durée et puis, ils perdent l'envie aussi au bout d'un moment de se battre.

Donc, vraiment, un petit quelque chose peut les faire basculer... Et ça peut arriver à n'importe qui ?

Absolument et parfois aussi à des gens qui sont moins précarisés mais sauf que le petit grain de sable quand on est déjà à la limite de tomber, forcément ça les affecte plus.

Mais il y a des gens qui ne sont pas précarisés et parfois des petites choses, ça peut les faire basculer complètement aussi. Mais c'est encore plus flagrant et plus facile si ça arrive à quelqu'un qui est déjà au bord de la falaise forcément.